Rok XLVII. Kraków, dnia 25 stycznia 1908 Nr 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny. Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Przyczynek do patologii i terapii ostrego podśluzowego zapalenia krtani (»laryngitis submucosa acuta«).

Napisał

Dr. Jan Sędziak (Warszawa).

(Odczyt na X. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 23. lipca 1907 r.).

Pierwsze wzmianki o obrzęku krtani znajdujemy u Hipokratesa, któremu również znanem było zapalenie różowate górnych dróg oddechowych. Dopiero jednakże w pierwszej połowie XVIII wieku pierwsze dokładne prace kliniczne i anatomiczno-patologiczne, dotyczące obrzęków krtani pochodzenia zapalnego, zawdzięczamy znakomitym lekarzom ówczesnym: Boerhavemu, Van Swietenowi, oraz Bichatowi. Darluc również w tym czasie po raz pierwszy opisał obrzęk krtani pochodzenia zakaźnego (różowatego).

Twórcą jednakże nauki o obrzęku krtani, jako sprawie chorobowej *sui generis*, był lekarz francuski Bayle na początku XIX wieku. Autor ten pod nazwą *oedema glottidis* rozumiał przedewszystkiem obrzęki krtani pochodzenia zapalnego, jakoteż i ropowicę *(phlegmone laryngis)*. Bouilland w r. 1825 użył poraz pierwszy nazwy: *laryngitis phlegmonosa*, zaś w r. 1832 Cruvelhier i *laryngitis submucosa*. Ta ostatnia nazwa, jako najodpowiedniejsza, przeważnie jest obecnie używana; ja również w pracy niniejszej będę się trzymał tej nazwy.

W dalszym ciągu Sestier (1852) rozszerzył naukę Baylea o obrzękach krtani, włączywszy do nich oprócz zapalnych, również obrzęki pochodzenia niezapalnego. Sprawom tym, do których zaliczył również ropowicę krtani, nadał Sestier nazwę ogólną: *angina laryngea infiltrata*. Również i Friedreich (1858) trzyma się tego poglądu Jakkolwiek autor ten wspomina i o różowatem zapaleniu krtani, to jednakże dopiero Massei, znany profesor laryngologii w Neapolu, wyodrębnił w r. 1885 [1]) z całej tej grupy obrzęków zapalnych krtani — różę krtani, jako samodzielną postać chorobową. Dowodzi on mianowicie, opierając się na 14 przez siebie spostrzeganych przypadkach tego cierpienia, że etyologicznie, częściowo zaś i anatomicznie róża krtani jest identyczna z zapalnym obrzękiem krtani pochodzenia zakaźnego, wzgl. z ropowicą krtani, klinicznie jednakże się od nich różni, rozwijając się często samodzielnie na błonie śluzowej krtani.

Ten pogląd Masseiego znalazł potwierdzenie w całym szeregu prac, że wspomnę tu tylko Bryson Delavana, Fasanoa, Schecha, Davisa, Biondiego i wielu innych, u nas Sokołowskiego [2]), oraz Dmochowskiego [3]), autora doskonałej pracy anatomiczno-patologicznej o róży górnych dróg oddechowych, drukowanej w r. 1904 w Pamiętniku Towarzystwa Lek. warsz. Dmochowski stanowczo utrzymuje, że bądź co bądź klinicznie, a do pewnego stopnia i anatomicznie należy oddzielać różę od ropowicy krtani.

W r. 1888 Senator, słynny profesor berliński, ogłosił pracę o t. zw. pierwotnej ostrej zakaźnej ropowicy gardła, która również wywołała cały szereg dalszych prac (Landgrafa, Hagera, Barucha, Germanieja i wielu innych, u nas Sokołowskiego i Obtułowicza). Wszyscy ci autorowie skłaniają się do poglądu, że opisana przez Senatora sprawa chorobowa jest identyczną z obrzękiem krtani zapalnym wzgl. różą krtani.

W dalszym ciągu Semon w latach 1891—5 uogólnia jeszcze bardziej ten pogląd, uważając zarówno ostry obrzęk krtani wzgl. zapalenie krtani obrzękowe, jakoteż różę i ropowicę gardła i krtani, wreszcie i ropowicę podżuchwową *(angina Ludovici)* za identyczne sprawy chorobowe, mianowicie za ostre, septyczne zapalenia gardła i krtani.

Klasyczną pracą, która w chaotycznych bądź co bądź zapatrywaniach na istotę obrzęków krtani wprowadziła pewien ład, była monografia Kuttnera z Berlina z r. 1895 [4]) Autor ten na podstawie 9 dokładnie przez siebie zbadanych przypadków utrzymuje, że klinicznie odróżniać róży od ropowicy krtani niema podstawy, tem więcej że i etyologia tych cierpień jest jednakowa (zwykły paciorkowiec ropotwórczy nie różni się niczem od rzekomo swoistego dla róży paciorkowca Fehleisena). Kuttner odróżnia przedewszystkiem obrzęki krtani zapalne od niezapalnych-zastoinowych, występujących w postaci nacieczenia surowiczego tkanki łącznej podśluzowej, n. p. w przebiegu cho-

[1]) »Eresipela della laringe«. Riv. chir. et terap. XII. 1885. Nr. 1.

[2]) »Kilka uwag o róży krtani«. Gaz. Lek. 1892. Nr 32.

[3]) »Przyczynek do anatomii patologicznej t. zw. róży błony śluzowej górnego odcinka dróg oddechowych«. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1904 r.

[4]) On the probable pathological identity of the varians forms of acute sephic inflamations of the threat and ruck etc. Med. chir. trans. 1895.

rób nerek, płuc, naczyń, serca i t. p.). Obrzękom krtani pochodzenia zapalnego nadaje Kuttner odpowiednią przez Cruvelhiera jeszcze wprowadzoną nazwę: ostre podśluzowe zapalenie krtani (*laryngitis submucosa acuta*), przyczem dzieli je znowu na 2 grupy: 1) sprawy obrzękowe zapalne krtani pochodzenia zakaźnego, do których włącza Masseiego różę krtani, oraz Senatora ostrą zakaźną ropowicę gardła, oraz 2) obrzęki krtani zapalne, niezakaźne, występujące po oparzeniach, urazie itp.; do grupy tej Kuttner włącza i t. zw obrzęki krtani zapalne wtórne w przebiegu przymiotu, oraz gruźlicy. W ostrem zakaźnem zapaleniu podśluzowem krtani rozróżnia Kuttner 3 okresy: 1) *stadium oedematosum;* w okresie tym istnieje jedynie obrzęk i przekrwienie; jest on identyczny z Masseiego różą krtani; 2) *stadium plasticum;* cechuje go nacieczenie drobnokomórkowe, oraz wysięk; wreszcie 3) *stadium suppurativum*, znamionujący się ropieniem w tkankach miękkich krtani; odpowiada on postaci, zwanej pod nazwą ropowicy krtani (*laryngitis phlegmonosa*).

Do tego podziału, zgadzając się w zasadzie na pogląd Kuttnera na istotę spraw obrzękowych krtani, dodaje Rupprecht jeszcze okres czwarty: septyczny.

Wreszcie Heymann i Meyer[5]), autorowie najświeższej pracy, ogłoszonej w książce jubileuszowej dla Prof. Schroettera (1907), proponują podział zapalnych obrzęków krtani na 2 postacie: zwykłą zapalną i septyczną, lub ropowiczą. Autorowie ci częściowo znowu powracają do poglądu Masseiego, t. j. co do odrębności róży krtani pod względem klinicznym. Jak już wspomniałem, u nas Dmochowski odróżnia różę od ropowicy krtani do pewnego stopnia i pod względem anatomicznym, zaś świeżo (1905 r.) Pierce[6]) z Ameryki dowodzi, że sprawy te różnią się nawet i pod względem etyologicznym, gdyż zdaniem Piercego paciorkowiec ropotwórczy ma różnić się morfologicznie od paciorkowca róży (Fehleisena).

Wreszcie Prof. Pieniążek w doskonałej monografii o zwężeniach dróg oddechowych[7]) wyraża pogląd, że czystą różę krtani należy uważać za lżejszą, zaś rozlane podśluzowe zapalenie krtani za cięższą postać jednego i tego samego zakażenia, przyczem w ostatniej postaci odróżnia znowu: najlżejszą, ropowiczą, wreszcie zgorzelinową.

Widzimy z powyższego, że sprawa istoty spraw obrzękowych krtani w ogólności, zaś róży krtani w szczególności, po dawnemu pozostaje sporną.

Co się mnie tyczy, to skłaniam się bardziej ku poglądowi Kuttnera wzgl. Semona, t. j., że róża krtani nie stanowi sprawy chorobowej odrębnej, natomiast co do spraw obrzękowych krtani w ogólności, to podział Kuttnera wydaje mi się zbyt zawikłanym. Możnaby go, zdaniem mojem, uprościć w sposób następujący:

I grupa: obrzęki krtani niezapalne (zastoinowe) - (*oedema laryngis*).

II grupa: obrzęki krtani zapalne (*laryngitis submucosa acuta*), dzielące się znów na: *a*) pierwotne (samorodne) *b*) wtórne (objawowe).

[5]) »Laryngx-oedem und Laryngitis submucosa«. Berlin 1895 p. 68.

[6]) »Zur Kenntnis der Laryngitis submucosa acuta«. Monat. F. Ohrenk. Nr 2, 1905.

[7]) »Zur Aetiologie der Kehlkopfoedems« Zeit. f. kl. med 1907 B. 62.

Pierwotne (*laryngitis submucosa acuta primaria*), stosownie do wywołujących je przyczyn, podzielić można na: 1) zwykłe (po oparzeniach, urazach i t. p.) i 2) zakaźne (tu należy t. zw. róża krtani).

Zarówno obrzęki krtani zapalne pierwotne, jak i wtórne stosownie do ich przebiegu podzielić można na: 1) obrzękowe (*laryngitis submucosa acuta — oedematosa*) i 2) ropowicze (*laryngitis phlegmonosa*).

Ostre podśluzowe zapalenie krtani (*laryngitis submucosa acuta*) należy w naszym przynajmniej klimacie do względnie częstych spraw chorobowych, jak to zresztą jeszcze w r. 1888 wykazał Sokołowski[8]). Na przeszło 21.000 chorych z praktyki prywatnej i w lecznicy dokładniej spostrzegałem te cierpienia w 108 przypadkach, co stanowi przeszło 5%.

Osobiście jestem zdania, że sprawa ta o wiele częściej się zdarza, nie zawsze jednakże w przypadkach takich dokonywa się badania lusterkiem krtaniowem. Tak n. p. jestem przekonany, że badając krtań w każdym przypadku ropnia okołomigdałkowego, stosunkowo często znaleźlibyrmy wtórny obrzęk nagłośni. Z drugiej znowu strony, badając częściej krtań u dzieci, co zresztą nie zawsze od nas jest zależne, w wielu razach, zwłaszcza w przypadkach tzw. krupu pierwotnego, odkrylibyśmy przyczynę duszności w ostrym obrzęku przestrzeni podgłośniowej, jak o tem między innemi w jednym przypadku mogłem się przekonać.

Co się tyczy wieku chorych, dotkniętych obrzękami zapalnymi krtani, to w moich przypadkach było:

do 5-go roku życia		w przyp.		
między 10—20 rokiem		8	»	
»	20—30 »	26	»	
»	30—40 »	36	»	
»	40—50 »	24	»	
»	50—60 »	6	»	wreszcie
»	60—70 »	6	»	
razem		108		

czyli że cierpienia te najczęściej napotyka się w wieku późniejszym (między 20 a 50 rokiem, mianowicie przyp. 86). O przyczynach rzekomo rzadkich przypadków obrzęków krtani u dzieci wspominałem powyżej (brak badania lusterkiem krtaniowem). Najmłodszy z chorych moich liczył $2\frac{1}{2}$ lat (ostre podgłośniowe zapalenie krtani,) najstarszy 70 (obrzęk więzadła nalewkowonagłośniowego i chrząstki nalewk. praw). Mężczyźni stanowili lwią część chorych w moich spotrzeżeniach, mianowicie 84 na 24 kobiet, t. j. $3\frac{1}{2}$ razy więcej. Z kobiet, podległych temu cierpieniu, najwięcej było niezamężnych (12), następnie mężatek (8), wreszcie najmniej wdów (4).

Co do zajęcia chorych, dotkniętych ostrem podśluzowem zapaleniem krtani, to największy kontyngens dostarczyli w moich spostrzeżeniach rolnicy i obywatele ziemscy (8 przyp.), oraz urzędnicy i kelnerzy (po 6 przyp.), co jest oczywiście w związku z wpływami szkodliwymi, (zaziębienie, pył, kurz i t. p.), jakim chorzy tacy podlegają. Drugie miejsce zajmują w mojej statystyce: kupcy, szewcy, wojskowi, buchalterzy, właściciele domów, wreszcie inka-

[8]) Trans. of the Amer. Laryng. Assoc. 1906.

senci (po 4 przyp.), również w przeważnej części podlegający zmianom atmosferycznym, oraz szkodliwym wpływom zawodu; wreszcie po 2 razy spostrzegałem to cierpienie u kowali, pończoszników, subjektów, rękawiczników, uczniów, księży, piwowarów, pisarzy, introligatorów, posłańców, rewirowych, stolarzy, aptekarzy, wreszcie hutników.

(Dok. nast.)

Z kliniki lekarskiej Uniw. Jagiell. w Krakowie pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego.

O wyczuwalności wyrostka robaczkowego i kątnicy, oraz o przynależnych punktach bolesnych.

Napisali

Prof. W. Jaworski i Dr Stanisław Łapiński.

(Dokończenie).

Punkt Mac Burneya daje przy ucisku promieniowanie bolu. Dostrzegaliśmy ten objaw u 5 mężczyzn: dwa razy promieniował ból do okolicy biodrowej lewej, dwa razy do pępka, a raz do dołka podsercowego. Przenoszeniem się bolów *(transmissio)* przy ucisku w jamie brzusznej zajmowało się kilku autorów (Obrazcow, Lennander, M. Buch, Kelling), którzy zgadzają się na toże między poszczególnymi splotami nerwu współczulnego istniejące połączenia włókien nerwowych przenoszą wzajemnie wrażliwość z jednego splotu na drugi. Jaka przytem odbywa się sprawa chorobowa, niewiadomo. Lenander sądzi, że przyczyną promieniowania bolów jest pełzające zapalenie naczyń limfatycznych w otrzewnej, rozszerzające się od miejsca zajętego. Kelling przypuszcza przeczulicę, wywołaną w splotach nerwowych przez zmiany zapalne w poszczególnych narządach jamy brzusznej, która to przeczulica przenosi się odruchowo drogą włókien nerwowych na inne sploty. Przytem bolesna jest tylko otrzewna, same zaś narządy, dotknięte zapaleniem, mają nie być bolesne przy ucisku. Promieniowanie bolów z zajętego narządu może stać się przyczyną fałszywego określania siedziby choroby (zamiast we wyrostku chorym, w zdrowym pęcherzyku żółciowym i odwrotnie), nietylko przez chorego, ale i przez lekarza, przeto być powodem błędnego rozpoznania choroby.

Podobnie, jak punkt Mac Burneya (+ B) okazał się i symetryczny punkt lewy (— B) w zatoce biodrowej lewej często bolesny. Na 800 mężczyzn u 141 (17·6%) ten punkt był bolesny. Równocześnie obydwa punkty + B i — B były bolesne 97 (12·1%) razy. Byli to przeważnie mężczyzni, u których istniały przeczulice i w innych miejscach jamy brzusznej, albo zmiany w pętli esowatej. Punkt — B ma bowiem odpowiadać według Kellinga dolnemu splotowi krezkowemu i należeć do pętli esowatej.

Oznaczaliśmy jeszcze punkt robaczkowy Lenzmanna (+ R), oddalony 6 cm. na linii poziomej na lewo, począwszy od prawego kolca kości biodrowej. W tem miejscu odchodzi często wyrostek robaczkowy od kątnicy. Na 800 mężczyzn, mających 270 razy wyrostek, a 232 razy punkt Mac Burneya bolesny, był punkt robaczkowy (+ R) 173 razy bolesny, a 21 razy bardzo bolesny. Przy badaniu okazało się, że i symetryczny punkt po stronie lewej (— R) był przy ucisku bolesny i to u 800 mężczyzn 143 (17·8%) razy. Zestawiając bolesność uciskową punktów + R i — R okazało się, że na 800 badanych u 86 mężczyzn były obydwa te punkty równocześnie bolesne.

Porównując wreszcie otrzymane dane statystyczne co do bolesności punktów uciskowych i wyczuwalnych wyrostków, nie można między niemi dostrzedz ani równoczesności, ani wzajemnego związku. Tak np. na 800 mężczyzn miało 232 (26·5%) bolesny punkt Burneya, a 173 (21%) bolesny punkt robaczkowy; równocześnie jednak bolesne znaleziono obydwa punkty tylko w 111 (14·4%) przypadkach. Niema podobnież i równorzędności między bolesnością wyrostka a bolesnością punktu robaczkowego. Na 270 bolesnych wyczuwalnych wyrostków robaczkowych przypadało tylko 79 (29·2%) bolesnych punktów robaczkowych, zaś obok 225 wyraźnie wyczuwalnych niebolesnych wyrostków było 27 (12%) bolesnych punktów robaczkowych. Nierównoczesność bolesności punktu robaczkowego (+ R) a wyrostka wynika jeszcze z zestawienia, że na 173 przypadków bolesności + R, jakie wogóle u 800 mężczyzn dostrzeżono, zauważono równocześnie bolesny wyrostek u 93 (53·7%) osób.

Równocześnie bolesne znaleziono na 800 mężczyzn następujące trzy ważne miejsca t. j. wyczuwalny wyrostek robaczkowy, punkt Mac Burneya (+ B) i punkt robaczkowy Lenzmanna (+ R) tylko w 63 (7·8%) przypadkach. Te trzy miejsca bolesne bywają obecnie uważane jako cechujące zapalenie wyrostka robaczkowego; pomimo ich obecności, nie było jednak w naszych spostrzeżeniach żadnych innych objawów ani przedmiotowych, ani podmiotowych zapalenia tego narządu; sami też badani nie uskarżali się na żadne dolegliwości, towarzyszące zazwyczaj zapaleniu wyrostka.

Wobec otrzymanych wyników musimy sobie zadać pytanie, czy bolesność wyczuwalnego wyrostka oznacza także jego zmianę chorobową, zwłaszcza, że znajdowaliśmy wyrostki zupełnie cienkie i gładkie, a pomimo to bolesne, osoby zaś badane nie uskarżały się na żadne dolegliwości w zatoce biodrowej prawej. Również należałoby się zastanowić nad tem, czy zwiększona grubość wyrostka jest oznaką jego zmiany chorobowej. Niema również pewności, że bolesność punktu Mac Burneya lub punktu robaczkowego ma wskazywać na schorzenie wyrostka. A nawet bolesność wszystkich trzech miejsc nie może upewnić o obecności zmian chorobowych we wyrostku. Stąd trudno nam powiedzieć, na jakich objawach klinicznych mamy oprzeć nasze twierdzenia, rozpoznając przewlekłe zapalenie wyrostka. Opisano bowiem przypadki, w których na podstawie bolesności rozpoznano także przewlekłe zapalenie wyrostka, jednak wycięty wyrostek okazał się niezmieniony. W innych znów przypadkach, pomimo wycięcia wyrostka, pozostały dolegliwości w zatoce biodrowej prawej, bolesność punktu Mac Burneya lub robaczkowego. Rozstrzygnięcie więc, kiedy mamy uważać wyrostek za zdrowy, a kiedy za chory, jest jeszcze dotąd niepewne. Jednak te i inne nasuwające się pytania nie należą do zakresu niniejszej rozprawy, która zajmuje się tylko możliwością wyczuwania wyrostka robaczkowego.

Oprócz 800 przypadków wyżej przytoczonych, badano jeszcze 60 innych mężczyzn, u których wyczuwano przy ucisku zatoki biodrowej prawej więcej niż jedno pasmo (sznurek), a mianowicie 35 razy po 2 sznurki, 25 razy po 3 lub więcej sznurków, poprzecznie przebiegających, różnej grubości. Pasma te należy uważać za zmiany na otrzewnej, prawdopodobnie kątniczej. Utrudniają one w wysokim stopniu odróżnienie wyrostka robaczkowego. Najniższe pasmo należałoby jednak uważać jako wyrostek robaczkowy. Że te pasma należą do kątnicy lub wyrostka robaczkowego wynika z równoczesnego badania zatoki biodrowej lewej, gdzie takich postronków wcale wyczuć nie można. Sprawa ta wymaga jeszcze dokładniejszych badań.

Wyczuwanie kątnicy i pętli esowatej.

Niejakie przeszkody w wyczuwaniu wyrostka tworzy kątnica, jeżeli jest silnie skurczona w postaci postronka, jak to często bywa w kurczowem zaparciu stolca. Dlatego badając wyrostek, należy wprzód upewnić się o położeniu kątnicy. W tym kierunku przeprowadziliśmy badania na tych samych 800 mężczyznach; wynik tych badań w streszczeniu tu przytaczamy. Na 800 mężczyzn powiodło się nam wybadać kątnicę 440 (55%) razy, a wyrostek 412 (51·8%) razy. Wyczuwalność kątnicy jest przeto nieco większą, niż wyrostka. Obrazcow wybadał na 109 mężczyznach kątnicę 56 (51·4%) razy. Na 352 przypadki o powłokach grubych lub niepodatnych wybadano kątnicę 99 (28·1%) razy, t. j. prawie tyle razy (96 = 27·2%), co i wyrostek przy tych samych warunkach. Kształt kątnicy przedstawiał się rozmaicie, najczęściej był walcowaty i gładki (145 razy), nierówny 12 razy, jako wiotki worek 31 razy, postronkowaty 7 razy, jako gładki sznurek 4 razy i t. d.

Ważnym objawem jest bolesność dotykowa kątnicy. Na 440 przypadków wyczuwalnej kątnicy była kątnica 135 (30·6%) razy bolesną, z tego spostrzegano promieniowanie bolu uciskowego od kątnicy 46 razy, a mianowicie w 17 przypadkach na lewo i do lewej zatoki biodrowej, 15 razy do pępka, 11 razy do dołka podsercowego, a 3 razy pod prawy łuk żebrowy. Kątnica chora może więc sprawiać bole w odległych miejscach jamy brzusznej. Bolesność kątnicy była o połowę mniej częstą, niż bolesność wyrostka, gdyż na 800 badanych mężczyzn przypadało 440 wybadalnych kątnic, a z tego 135 (16·8%) bolesnych, gdy natomiast przy tej samej liczbie badanych mężczyzn było 412 wyczuwalnych wyrostków, a z tego aż 270 (33·7%) bolesnych. Bolesność kątnicy i wyrostka nie była zawsze równoczesną. Na 800 mężczyzn były równocześnie bolesne kątnica i wyrostek 98 (12·2%) razy wobec 135 przypadków bolesnej kątnicy, a 270 przypadków bolesnego wyrostka robaczkowego. Nie było także równoczesności bolesności kątnicy, punktu uciskowego Mac Burneya (+ B), jakoteż punktu robaczkowego (+ R), gdyż na 135 przypadków bolesnej kątnicy przypadały równocześnie 93 (68·1%) punkty bolesne + B i 62 (46·7%) punkty bolesne + R.

U 215 mężczyzn badano dokładnie i lewą zatokę biodrową z podniesioną kończyną dolną lewą w ten sam sposób, w jaki wyczuwano wyrostek robaczkowy. Przy tem badaniu spostrzeżono, że mięsień lędźwiowoudowy lewy trudniej się wyczuwa, niż prawy, gdyż na 215 mężczyzn wyczuwano go 99 (46%) razy, gdy natomiast prawy był wyczuwalny w 52% przypadków. Aczkolwiek napięcie mięśnia lędźwiowoudowego lewego wyczuwalność pętli esowatej znakomicie czyni wyraźniejszą, to i przy niewyczuwaniu tego mięśnia można było wyczuć pętlę esowatą. I tak na 215 mężczyzn dała się pętla esowata wyczuć 135 (62·7%) razy. Obrazcow, który się tą sprawą zajmował, podaje, że na 60 mężczyzn wybadał pętlę esowatą 39 (65%) razy.

Wykazawszy w niniejszej pracy wyczuwalność wyrostka robaczkowego u przeszło połowy badanych osób, należy przez dalsze badania wynaleźć objawy, po którychby można rozpoznać, czy wyczuwalny wyrostek jest prawidłowy, czy schorzały i jakie zmiany anatomiczne się w nim odbywają.

Spostrzeżenia z praktyki.

Kilka słów o leczeniu hypnozą.

Napisał

Dr med. Stanisław Breyer
lekarz okręgowy w Mrzygłodzie.

W dostępnem mi piśmiennictwie polskiem ostatnich lat kilkunastu, nie znalazłem żadnej pracy o leczeniu hypnozą. Doświadczalnie i teoretycznie zajmował się hypnotyzmem przed kilkunastu laty Prof. N. Cybulski w Krakowie, który znalazł pośród swoich słuchaczy, wielu, nadzwyczajnie podatnych. Z wielką łatwością uśpieni, okazywali niemal wszystkie znane zjawiska hypnozy: tracili władzę w kończynach, nie oddziaływali na silne bodźce zewnętrzne, na prosty rozkaz czuli się małemi dziećmi, zmieniali wyraz twarzy i »z płaczem szukali mamy!« i t. p., i t. p. Jak wiadomo, zjawiska te tłómaczy fizyologia zahamowaniem niektórych czynności mózgu.

Hypnozę do medycyny nowożytnej wprowadził Liebeault, który około r. 1860 stworzył w Nancy zakład, wyłącznie na ten cel przeznaczony. W ślady jego poszli Bernstein, również w Nancy, van Reuteughem w Amsterdamie, Wetlerstrand w Stokholmie, Schrenk-Notzing w Monachium, Moll w Berlinie i wielu innych.

U nas leczeniem hypnozą na większą skalę zajmował się J. Ochorowicz w Warszawie, który jednak jako nie lekarz nie mógł uniknąć błędów. Wszak nie lekarzowi może się bardzo łatwo przytrafić, że n. p. zamiast surowicy w błonicy użyje poddawania! Zwłaszcza w Niemczech leczenie hypnozą pochwycili w swe ręce ludzie, nie mający z medycyną nic wspólnego. Tej to okoliczności należy przypisać powolny rozwój tej metody leczniczej i brak zaufania. Strümpell wyraźnie nawet twierdzi, że tesame wyniki co hypnozą, można osiągnąć środkami oddawna znanymi. Inni przeciwnie, jak n. p. Bernheim, uważają leczenie to za jedną z największych zdobyczy lekarskich w wieku XIX. Różnica zdań jest przeto krańcowa. Nic dziwnego! Jeśli bowiem o środkach leczniczych materyalnych głoszą nieraz oceny wprost sobie przeciwne, to cóż dopiero o leczeniu psychicznem, gdzie prawie wszystko zależy od osobistego wpływu lekarza i zaufania, jakie w chorych budzi.

Według wykazów klinik psychoterapeutycznych van Reutenghema i Eadena w Amsterdamie najlepsze wyniki otrzymujemy zapomocą hypnozy: w neurastenii, zawrotach, nerwowym bolu głowy, rozmaitych nerwicach, blednicy, psychicznej depresyi, czynnościowych porażeniach i niedowładach; dobre: w przewlekłym alkoholizmie, jąkaniu się, pląsawicy, śledziennictwie, dychawicy nerwowej, przewlekłem zaparciu żywota, onanii; prawie żadne lub żadne: w padaczce, skurczu pisarskim, chorobach organicznych układu nerwowego i wewnętrznych i w chorobach umysłowych.

Chociaż Prof. Cybulski w swych doświadczeniach doszedł do wniosku, że wszelkie znane sztuczki, jak wpatrywanie się w przedmiot błyszczący i t. p., są przy usypianiu zbyteczne, to jednak nie da się zaprzeczyć, że w celach leczniczych szybciej dochodzi się do celu właśnie zapomocą jednego z owych sposobów.

Moim chorym kazałem wpatrywać się w jakiś przedmiot i równocześnie poddawałem objawy senności. Mając wyłącznie

leczenie na celu, nie robiłem żadnych, znanych zresztą, doświadczeń; starałem się jedynie przez odpowiednie poddawanie usuwać stopniowo objawy chorobowe. W wyborze chorych stosowałem się do wskazówek kliniki amsterdamskiej. Najlepsze wyniki otrzymałem w wycieńczeniu po wstrząsie nerwowym, w nerwicach, zboczeniach regularności i objawach nerwowych w okresie przekwitania. W dwu przypadkach padaczki zdawała się następować poprawa, która jednak trwała tylko przez krótki okres leczenia.

Z mojego szczupłego dotychczas doświadczenia pozwalam sobie przytoczyć kilka przypadków, rzeczywiście zachęcających:

1) R. S., 13-letnia córka rolnika z Rakowy, choruje od czasu, gdy ją przed 2 laty krowa pochwyciła na rogi. Nie odniosła wprawdzie żadnego obrażenia, czuje się jednak tak chorą, że łóżka nie opuszcza. Brak apetytu, wymioty, bicie serca, zawroty głowy, bole w dołku, rozdrażnienie, aż do płaczu posunięte: oto cały szereg dolegliwości, trwających uporczywie od lat dwóch, pomimo leczenia u kilku lekarzy, na co szczególniejszy nacisk kładę.

Stan obecny: Dziewczynka, dobrze zbudowana, lecz tak wycieńczona i słaba, że ją ojciec przenosi. Skóra i błony śluzowe blade »jak ściana«. Kończyny drżą i uginają się. Wyraz twarzy zbolały, usta drgają, zdaje się, że chora lada chwila wybuchnie płaczem. W narządach wewnętrznych zmian nie ma.

Rozpoznanie: »Nerwica urazowa« z następowem ogólnem wycieńczeniem.

Leczenie: Podatna, jak zwykle młode dziewczęta, usnęła po dwóch minutach poddawania. »Już dzisiaj czuć się będziesz lepiej, w domu będziesz grzeczna i wesoła, a o tej brzydkiej krowie zapomnisz«; w ten sposób starałem się w ciągu pół godziny zatrzeć ślady doznanego przed dwoma laty wstrząsu. Sen był głęboki; po przebudzeniu czuła się chora nieco lepiej i obiecała za tydzień przyjechać. Po dwóch tygodniach z okazyi jarmarku zjawiła się znowu. Szła bez pomocy, wymioty ustąpiły, apetyt dobry, błony śluzowe i skóra zaróżowione. Widoczne jeszcze objawy długotrwałego wycieńczenia, lecz nie ulegało wątpliwości, że w chorobie nastąpił zwrot stanowczy. Uśpiłem ją raz jeszcze; sen był mocny; poddawanie jak dawniej. Później nie widziałem jej już więcej.

2) M. Z. żonie »amerykanina« z Ulucza zmarło na jakąś chorobę zakaźną naraz kilkoro dzieci. Śmierć ich odczuła tak boleśnie, że od paru miesięcy leży obłożnie chora; wezwano mnie do rzekomo umierającej.

Stan obecny: Kobieta młoda, doskonale zbudowana i nieźle odżywiona, znajduje się w tak wielkiej depresyi psychicznej, że w obawie śmierci równocześnie posłano po księdza. W narządach wewnętrznych zmian nie znalazłem.

Leczenie: Już po jednokrotnem zastosowaniu hypnozy z odpowiedniem poddawaniem nastąpił zwrot pomyślny. Śmierć dzieci zapadła niejako w odległą przeszłość, sen i apetyt powrócił i chora w ciągu dni kilku opuściła łoże.

3) D., propinatorka z Mrzygłodu, lat około 50, od dwóch lat t. j. od czasu ustania regularności cierpi na różne objawy, jak »zamieranie serca«, uderzanie do głowy i t. d. i t. d. Dolegliwości te przybierają niekiedy takie rozmiary, że chora omdlewa i otoczenie cucić ją musi.

Stan obecny: Kobieta dobrze zbudowana i odżywiona; w narządach wewnętrznych zmian nie ma.

Rozpoznanie: Objawy nerwowe, częste w okresie przekwitania (climax).

Leczenie: Środki apteczne, Krynica, lecz bez skutku. Po kilkakrotnem zastosowaniu hypnozy odzyskała w zupełności zdrowie i stan ten trwa bez zmiany od roku.

4) R. B., lat 60, cierpi od lat 4 na napady kaszlu, trwające nieraz godzinami. Spowodowały one w końcu małe krwawienie gardlane, zupełną prawie bezsenność, wymioty i ogólne wycieńczenie. Najściślejsze badania, podjęte przez specyalistów, nie wykryły żadnych zmian ani w krtani, ani w płucach. Zgodzono się wreszcie na rozpoznanie nerwicy nerwu błędnego. Po paruletnim bezskutecznem leczeniu środkami aptecznymi, wodami i t. p. poleciłem chorej poszukać w Warszawie, gdzie stale mieszkała, lekarza, któryby się podjął leczyć hypnozą. Po zastosowaniu przez Dra Kopczyńskiego, specyalistę chorób nerwowych, w lekkim śnie hypnotycznym odpowiedniego poddawania i elektryczności stan, prawie beznadziejny, znakomicie się poprawił i poprawa do dnia dzisiejszego się utrzymuje.

Znaczna ilość podobnych przypadków, w których stosowano bezskutecznie wszelkie znane środki, a więc i poddawanie na jawie, uleczonych w końcu hypnozą, uprawnia do wątpienia w słowa Strümplla, jakoby te same wyniki można osiągnąć innymi oddawna znanymi środkami. Są wprawdzie przypadki, w których samo dotknięcie szaty mistrza, otoczonego aureolą sławy, cudownie uzdrawia, jednak lekarz-praktyk nawet do hypnozy niejednokrotnie uciec się musi. I zdaje się, że na tem właśnie całe nieporozumienie polega.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Prof. Susłow. **O tętniczem i żylnem ukrwieniu okolicy trzustki i dwunastnicy.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 42). Na 45 tętniczych i 25 żylnych preparatach stwierdził S., że oprócz tętnicy trzustkowo-dwunastniczej górnej i dolnej jest jeszcze trzecia: trzustkowo-dwunastnicza tylna. Odchodzi ona od tętnicy żołądkowo-dwunastniczej, niedaleko od górnego brzegu górnej poziomej części dwunastnicy, na jej tylnej powierzchni, przechodzi z przodu przewodu żółciowego, krzyżując się z nim, biegnie dalej wzdłuż bruzdy między dwunastnicą i główką trzustki, pokryta miejscami nawet tkanką gruczołową, oddaje tu cały szereg gałązek ku dwunastnicy i trzustce, łączy się z tylną gałązką dolnej t. trzustkowo-dwunastniczej i tworzy w ten sposób łuk tylny tętniczy. W jednym przypadku niedokształtu górnej t. trzustkowo-dwunastniczej spostrzegał S. znaczny rozwój tętnicy tylnej, lecz zwykła średnica jej wynosi tylko 1,5—2 mlm. Co się tyczy układu żylnego, to według S. mogą być 3 albo 4 żyły, tworzące także łuki zupełnie podobnie do łuków tętniczych; żylne leżą powierzchowniej od tętniczych i obydwa utworzone jednakowo. Ztąd nazwy żył jednakowe z nazwą tętnic. Niekiedy dolne żyły biegną samoistnie i wtenczas otrzymujemy typ 4 żył. W takim razie z dolnej połowy łuku dwunastnicy i przylegającej do niego z tyłu części trzustki zbiera się krew do żyły, która albo samoistnie dobiega do górnej żyły krezkowej, trochę wyżej od dolnej żyły trzustkowo-dwunastniczej, albo łącząc się z nią, dobiega w postaci ogólnego pnia do tejże górnej żyły krezkowej. Dwa razy znalazł S. i piątą żyłę, zbierającą krew z przedniej powierzchni dolnego odcinka wspomnianej okolicy i dobiegającą do przedniej powierzchni górnej żyły krezkowej, niżej miejsca dopływu do niej górnej żyły trzustkowo-dwunastniczej; wtenczas stanowi ona dodatkową żyłę trzustkowo-dwunastniczą dolną. Lecz najczęściej spotykał S. 3 żyły, górną — o średnicy 3—3,5 mlm., tylną — 3 mlm., dolną — 2—2,5 mlm.; wszystkie te żyły szeroko łączyły się ze sobą.

Z. Orłowski (Ptsbg.).

Fischl. **Skutki wycinania grasicy u kurcząt.** (*79. Zjazd niem. lek. i przyr. w Dreznie.* Wrzesień, 1907). W sekcyi chorób dziecięcych omawiał F. swoje doświadczenia nad wycięciem grasicy u kurcząt. Na 26 operowanych przeżyło operacyę 24; operacya nie wywołała żadnych następstw. Podobnie ujemne wyniki otrzymał F. w doświadczeniach u kóz, psów i królików. Z tego wnosi F., że grasica nie ma w życiu pozapłodowem żadnego znaczenia i jest skazaną na zanik. *Klęsk.*

Doc Ignatowski. **W sprawie wpływu wycięcia nerki, podwiązania naczyń nerkowych i moczowodów na ustrój.** (*Izw. Woj. Mied. Akad.* 1907, Nr 2—5). Na podstawie swoich badań doszedł J. do następujących wniosków: 1) Wycięcie jednej nerki znoszą króliki bardzo łatwo i nie wpływa ono nawet na ogólny stan zwierzęcia. W pierwszych dniach po podwiązaniu żyły nerkowej następuje przekrwienie. Później nie zauważa się żadnego wpływu na ogólny stan zwierzęcia. Podwiązanie tętnicy nerkowej w pierwszym okresie po operacyi znoszą zwierzęta łatwo. 2) W końcu pierwszego miesiąca po podwiązaniu tętnicy nerkowej, jak również i moczowodów, rozwijają się objawy zatrucia wskutek nagromadzenia wytworów bezglinej martwicy tkanki nerkowej, t. j. nefrotoksyn. Nefrotoksyny mogą czasowo wywołać niesprawność drugiej nerki, polinukleozę, a niekiedy i niedokrwistość. W końcu drugiego lub trzeciego miesiąca wszystkie oznaki zatrucia ustępują i zwierzęta zupełnie powracają do zdrowia. 3) Nerka, której tętnicę lub żyłę podwiązano, ulega zwyrodnieniu i zanika. Podwiązanie moczowodów u królików wywołuje wodonercze. 4) Jednostronne zapalenie nerki, jako samoistna postać chorobowa, nie wywołuje koniecznie zmian drugiej nerki. 5) Każda dwustronna operacya na nerkach zawsze zabija zwierzęta, nie wywołując żadnych drgawek.

Z. Orłowski (Ptsbg.).

Doc. Wiszniewski. **Morfologiczne wyniki porównawczego badania działania surowicy nefrotoksycznej i prawidłowej.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 42—45). W. badał wpływ jednorazowych i wielokrotnych wstrzykiwań surowicy prawidłowej i nefrotoksycznej na zwierzęta. Wnioski autora są następujące: 1) Surowica nefrotoksyczna jest nadzwyczaj trująca. Surowica taka z królika zabija psa bardzo prędko po wstrzykiwaniu nawet niewielkich dawek, świnkę morską w dawce 6—9 sz. ctm.³ zwykle w ciągu pierwszej doby. Stopień własności trujących surowicy nefrotoksycznej zależy najprawdopodobniej od okresu uodpornienia zwierzęcia i od ilości zrobionych mu wstrzykiwań zawiesiny nerkowej. 2) Przy ostrem zatruciu zwierzęcia surowicą nefrotoksyczną zjawiają się bardzo znaczne zmiany nerek, ostre miąższowe zapalenie z rozległem łuszczeniem się nabłonka kanalików, z plazmo- i karyolizą, z tworzeniem się ogromnej ilości wałeczków — szklistych, ziarnistych, niekiedy — krwawych. 3) W innych narządach, n. p. w sercu i wątrobie zmiany są bardzo nieznaczne. Zmiany w tych narządach zależą od działania surowicy wogóle, gdyż można je w jednakowym stopniu znaleść nietylko u zwierząt, ktorym wstrzyknięto surowicę nefrotoksyczną, lecz i u tych, którym wstrzyknięto surowicę prawidłową, choćby tylko raz. 4) Przy powtarzanych wstrzykiwaniach surowicy prawidłowej znajdujemy postępującą wakuolizacyę w komórkach wątroby aż do zupełnego rozpuszczenia się ich razem z jądrem, natomiast w nerkach zmiany znacznie mniejsze, niż po jednorazowem wstrzyknięciu surowicy nefrotoksycznej. To pozwala uważać zmiany w nerkach po jednorazowem wstrzyknięciu surowicy nefrotoksycznej za skutek działania nefrotoksyny i przez to samo taką surowicę w znacznym stopniu za swoistą. 5) Ogrzana w ciągu ½ godziny do 56° C. surowica nefrotoksyczna traci w znacznym stopniu swoje działanie trujące. 6) Surowica nefrotoksyczna wywiera pewne działanie hemolityczne, większe od działania surowicy prawidłowej. Surowica ta wywołuje na miejscu wstrzyknięcia bardzo znaczną zgorzel tkanek, zjawiającą się w takim samym stopniu i po usunięciu hemolitycznych własności surowicy.

Z. Orłowski (Ptsbg.).

Besredka. **Jadowitość surowic leczniczych, jej zmienność i jej mierzenie.** (*Ann. de l'Instit. Pasteur* Nr 10, 1907). Określanie siły i warunków jadowitości różnych surowic przeprowadził autor na świnkach morskich, odpowiednio przygotowanych (uczulonych). Już w poprzednio wspólnie z Steinhardtem ogłoszonej pracy wykazał on, że po podskórnych wstrzykiwaniach świnkom surowicy przeciwbłoniczej lub jakiejkolwiek innej surowicy końskiej świnki stają się nader wrażliwe na ponowne wstrzyknięcie tejże surowicy, wykonane w 12 dni później wprost do mózgu. W przeciwstawieniu do człowieka, jak wiadomo, u świnek nieuczulonych nie występują objawy zatrucia surowicą. Obecnie ogłasza autor wyniki porównawczych badań przeprowadzonych nad surowicami leczniczemi wszystkich prawie krajów Europy. Rozpoczął swe badania autor od wstrzykiwania pod oponę twardą uczulonym świnkom 0·25 ctm.³ surowicy, która to jednak dawka dla wszystkich tych surowic okazała się zawsze prawie śmiertelną. Obniżając stopniowo tę dawkę, udało się autorowi otrzymać dla różnych surowic różne najmniejsze dawki śmiertelne. Wielkość tych dawek, a więc i jadowitość surowicy okazała się przytem zależną: 1) od wieku danej surowicy i od sposobu jej zbierania, a 2) od warunków życia koni, z których surowicę zbierano. Nie wpływało zaś na jadowitość dodanie ciał odkażających, jak karbol, chloroform itp. Surowice ogrzane były mniej jadowite, niż nieogrzane. Wiek surowicy odgrywa rolę tylko w pierwszych sześciu tygodniach od jej otrzymania. Największa jest jadowitość w pierwszym dniu, ale potem zaczyna maleć, z początku szybciej, później wolniej, aż po kilku tygodniach zatrzymuje się na stałym poziomie.

Oszacki.

Czeboksarow. **Wpływ t. zw. nieorganicznej surowicy Trunecka na doświadczalną miażdżycę tętnicy głównej u królików.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 46). W celu zbadania wpływu t. zw. nieorganicznej surowicy Trunecka na doświadczalną miażdżycę tętnicy głównej u królików, wstrzykiwał C. jednej seryi królików do żył 1 prc. rozczyn chlorku barowego, drugiej zaś seryi jednocześnie z tem do jamy brzusznej surowicę Trunecka w ilości od 0,3 sz. ctm. do 2,5 sz. ctm. Z 25 królików, którym jednocześnie wstrzykiwano chlorek barowy i surowicę Trunecka, znaleziono zmiany miażdżycowe w tętnicy głównej tylko u 3 (12 prc.); natomiast z 25 królików, którym wstrzykiwano tylko chlorek barowy, znaleziono zmiany miażdżycowe u 20 (80 prc.). Na podstawie tego wnosi C., że surowica Trunecka wstrzymuje rozwój miażdżycy tętnicy głównej u królików, co zgadza się ze spostrzeżeniami klinicznemi nad działaniem surowicy przy miażdżycy u człowieka.

Z. Orłowski (Ptsbg.).

Bridré. **Badania nad doświadczalnym rakiem myszy.** (*An. d. l'Instit. Pasteur* Nr 10, 1907). B. prowadził przez dwa lata badania nad przeszczepialnością, jakoteż warunkami odporności przeciw złośliwemu gruczolakowi myszy. Do przeszczepień podskórnych używał B. małych strzępów tkanki niemiażdżonej. Ilość szczepień udałych chwiała się między 30 a 100 prc., przyczem uzyskiwano cały szereg generacyi nowotworu. Na wynik dodatni czy ujemny szczepienia nie zdają się mieć wpływu ani wiek nowotworu, ani też generacya, ani ilość zaszczepionego materyału. Myszy szare były daleko mniej wrażliwe na szczepienie od białych. Nowotwory wytworzone przez szczepienie miały zawsze wszelkie cechy złośliwości z wyjątkiem tej, że nie dawały przerzutów.

Co się tyczy odporności, to okazało się wbrew wynikom doświadczeń Ehrlicha, że jeśli u myszy, raz szczepionej, nowotwór się nie przyjął, to nie wynikało stąd jeszcze, żeby ona miała być odporną względem szczepień następnych. Bezwzględną odporność stwierdzano dopiero po dwukrotnem szczepieniu z wynikiem ujemnym. Bardzo silne uodpornienie stwierdzano u myszy po jednorazowem wstrzyknięciu podskórnem starannie rozdrobionej miazgi nowotworowej w ilości 5—6 razy większej, niż w doświadczeniach poprzednich z niezmiażdżoną tkanką nowotworową. Mniej skuteczną w wywoływaniu odporności była miazga, ogrzana do 25—55°, a już zupełnie nie działało wstrzykiwanie jej przesączu, w którym nie było komórek rakowych. Próbował też B. uodparniać myszy, wstrzykując im miazgę z narządów myszy prawidłowych; najskuteczniejszą okazała się w tym kierunku miazga ze śledziony. Widać ztąd, że odporność przeciwrakowa nie jest »izo-odpornością« przeciw tkankom gatunku: »mysz«. Stan takiego uodpornienia, raz nabyty, może trwać 5 miesięcy i dłużej. Szczepienie dwóch różnych rodzajów nowotworów równocześnie, jakoteż szczepienie jednego rodzaju nowotworu na mysz, już poprzednio skutecznie drugim zaszczepioną, dowiodło, że tak tu, jak tam, nowotwory rozwijają się niezależnie od siebie. — Doświadczenia B., podjęte z surowicą barana i kozy, którym wstrzykiwano miazgę rakową, nie dały jasnych wyników.

Oszacki.

Prof. Schwalbe. **Nowsze badania nad morfologią i powstawaniem nowotworów.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 49). Badania nad nowotworami skierowały się głównie w trzech kierunkach: morfologii, zasadniczej przyczyny powstawania i badań nad właściwą etyologią rozmaitych rodzajów nowotworów. Co do morfologii nowotworów, to w ostatnich czasach przekonano się, że istnieją nowotwory o budowie tkanki fizyologicznej, ale powstające w innych narządach na »niewłaściwem« miejscu n. p. nadnerczaki w nerkach, guzy o budowie wola w kościach, a zwłaszcza nabłoniaki kosmówki, które stwierdzano nawet i u mężczyzn. Krompecher zwrócił uwagę na pewien rodzaj nowotworów, nazwanych przez niego rakami komórek podstawowych (Basalzellenkrebs), które zajmują pośrednie miejsce między rakami, a mięsakami. Nowotwory barwikowe uważają jedni za mięsaki, inni za raki, a Robbert uważa je nawet za zupełnie odrębny rodzaj nowotworów (*chromatophoroma*), zbudowanych ze swoistego gatunku komórek barwikonośnych. Komórki te posiadają liczne rozgałęziające się wypustki. Obecnie wiemy dalej, że komórki nowotworu mogą wykonywać nawet pewne czynności fizyologiczne, jak wytwarzać śluz, żółć i kolloid. Czynność ta nowotworu ważną jest czasem dla ustroju i tak przy raku nadnercza zapobiega ona wystąpieniu choroby Addisona. Samorodne znikanie nowotworów obecnie też niewątpliwie stwierdzonem zostało. W sprawie zasadniczej przyczyny powstawania nowotworów niewiele posunęliśmy się naprzód. Stwierdzono jednak, że guzy rosną same ze siebie, a nie przez przeobrażanie się w nowotwór tkanki sąsiedniej. Rozrost powstaje czasem nagle przez zniesienie pewnych oporów, ale jakich, dokładnie nie wiemy. Związek potworniaków i nowotworów mieszanych nie ulega już dziś wątpliwości. Powstanie jednych lub drugich zależy tylko od okresu rozwoju płodowego, w którym oddziela się zawiązek późniejszego nowotworu. Tak n. p. potworniak powstawać musi z zawiązka, oddzielonego wcześniej, nowotwór mieszany z zawiązka, oddzielonego później. Im w późniejszym okresie rozwoju płodowego ma nowotwór swe źródło, tem budowę ma prostszą. Etyologia poszczególnych nowotworów roi się poprostu od nowych badań i spostrzeżeń. Głównie zajęto się w ostatnich czasach przeszczepialnością nowotworów. Przeszcze-

pianie guzów z ludzi na zwierzęta nie dało pewnych wyników, natomiast doświadczenia ze szczepieniem ze zwierzęcia na zwierzę rozwijają się w całej pełni. Zapomocą nich doszliśmy do wielu ciekawych spostrzeżeń. Wiemy obecnie, że wrażliwość na przyjmowanie się nowotworów możemy zwiększać lub zmniejszać, a same nowotwory czynić mniej lub więcej złośliwymi. Wśród szczepień mogą nowotwory zmieniać swą zasadniczą budowę i n. p. z raków przechodzić w mięsaki. Pasorzytowa teorya raka niema silnych podstaw. Gdyby przyczyną raka był pasorzyt, musiałby on mieć zupełnie inne cechy, niż wszystkie pasorzyty, jakie dotąd znamy. Przeciwko tej teoryi przemawia wiele okoliczności, choćby przeszczepianie chrzęstniaków, a wreszcie i to, że przeszczepiać można tylko tkankę nienaruszoną, zaś miażdżenie i rozcieranie tkanki nowotworowej zupełnie udaremnia przyjęcie się przeszczepionych części. Wprawdzie dotąd dla praktyki niewiele jeszcze zdziałano, jednakże możemy być z wyników i tak zadowoleni, bo uzyskaliśmy przez uodpornienia Ehrlicha i inne próby choć tę pewność, że wyleczalność raka jest rzeczą, którą będzie można z czasem osiągnąć. *Klęsk.*

Medycyna wewnętrzna.

Lessier i Chalier. **O odczynie ocznym Calmettea.** (*Presse méd.* 1907, Nr 98). Autorowie stosowali metodę Calmettea w 200 przypadkach, z tego u 180 chorych na gruźlicę, a mianowicie u 100 dorosłych, 60 dzieci i 20 starców. Na 75 przypadków gruźlicy klinicznie pewnej wystąpił odczyn u 60 osób, t. j. w 80 prc. przypadków. Ujemnie wypadał odczyn przy znacznem wyniszczeniu w przypadkach gruźlicy daleko posuniętej. Na 66 przypadków niegruźliczych wystąpił odczyn 11 razy, t. j. w 16 prc. przypadków, a w 44 przypadkach klinicznie wątpliwych wystąpił 23 razy (około 50 prc.), a dalszy przebieg potwierdził, że w tych przypadkach istotnie była gruźlica. Noworodki, zrodzone z matek gruźliczych, nie oddziaływały. Odczyn występuje o wiele silniej i, szybciej u dzieci, a wolniej i słabiej u ludzi osłabionych i starców. *Dr Sermak.*

Franke. **O odczynie ocznym przy gruźlicy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, 48). Opierając się na wynikach Wolff-Eisnera, który wpuszczając gruźliczym wołom do worka spojówkowego 10 prc. rozczynu tuberkuliny, otrzymywał zawsze silne zapalenie spojówki, wykonał Calmette podobne doświadczenia na spojówce ludzi i doszedł do wniosku, że chorzy na gruźlicę oddziaływają na tę próbę zapaleniem spojówki. Do celów tych nie używa Calmette samej tuberkuliny; strąca on zapomocą 75 prc. wyskoku ciała białkowate, zawarte w tuberkulinie, suszy je, a następnie sporządza sobie z nich 1 prc. wodny rozczyn, który wkrapla do worka spojówkowego. Citron, który sprawdzał doświadczenia Calmettea i używał wprost 1 prc. rozczynu tuberkuliny, doszedł do wniosku, że odczyn ten jest dobrym środkiem rozpoznawczym w praktyce, że obecność jego przemawia zawsze za gruźlicą, że jednakowoż brak jego jej nie wyłącza. Fr. przeprowadzał próby, używając przetworu, sporządzonego na sposób Calmettea i podaje, że we wszystkich przypadkach, w których odczynu należało się spodziewać, odczyn występował, w przypadkach zaś niewyraźnych, w których gruźlicy wykryć nie można było zwykłymi sposobami, dodatni odczyn dawał uzasadnioną podstawę do przypuszczania gruźlicy. Płyn ten zapuszcza się tylko do jednego oka; odczyn zaczyna się pojawiać po 3—12—15 godzinach; drugie oko służy do porównania. Fr. potwierdza spostrzeżenia Citrona, że w odczynie tym można odróżnić trzy okresy: 1) zaczerwienienie spojówki powiek, 2) zaczerwienienie spojówki powiek i gałki ocznej, 3) zapalenie spojówki, połączone niekiedy z obrzękiem powieki. Po 3—4 dniach odczyn ustępuje bez śladów. Odczyn ten dokładnego wytłómaczenia dotychczas nie znalazł; starają się go tłómaczyć jako objaw »nadczułości« ustroju (Überempfindlichkeits-Phänomen). Zakład Pasteura w Lille dostarcza w zatopionych rurkach wyjałowiony proszek, otrzymany z tuberkuliny sposobem Calmettea, który po do dodaniu wody daje rozczyn, dobry do użycia. Autor pracuje nad sposobem utrzymania rozczynów tego proszku przez dłuższy czas w stanie dobrym do użycia. *Pisarski.*

R. Romme. **Samozatrucie jelitowe i obrona ustroju zapomocą jelita.** (*Presse méd.* 1907, Nr 95). Dotąd panująca w nauce teorya samozatrucia pochodzenia jelitowego opiewała, iż trucizny, będące wytworem gnicia białka w przewodzie pokarmowym, uległszy wessaniu przez błonę śluzową, dostają się do krwi, przechodzą przez wątrobę, która część ich zatrzymuje i zobojętnia, wreszcie zostają wydalone przez nerki. W zależności czy to od zbyt wielkiej ilości trucizn, czy też od zaburzeń czynnościowych wątroby lub nerek ma następować zatrucie ustroju, którego objawy podobne są do tych, jakie otrzymać możemy doświadczalnie po wstrzyknięciu substancyi kałowych do żył zwierzęcia, a więc: nagły spadek ciśnienia krwi, duszność, drgawki, wysadzenie oczu, rozszerzenie źrenic, hypoleukocytoza, zniesienie lub zmniejszenie krzepliwości krwi. Tymczasem badania Falloisea, którego doświadczenia R. przytacza, zdają się przemawiać przeciw temu, żeby wątroba miała znaczenie głównego czynnika zobojętniającego trucizny jelitowe, choćby z tego powodu, iż po wstrzyknięciu mas kałowych wprost do żyły wrotnej, zatrucie nietylko nie zostaje zniesione, lecz nawet nie przebiega łagodniej, niż po wstrzyknięciu do którejkolwiek innej żyły. Natomiast główną rolę w usuwaniu trucizn przypisuje Falloise błonie śluzowej jelita i to zdrowej, nienaruszonej. Po wstrzyknięciu bowiem wyciągu mas kałowych do pętli jelita, podwiązanej i odosobnionej, stwierdza się, iż wyciąg zostaje wessany, a u zwierzęcia nie powstają wcale objawy zatrucia, natomiast wystarczy uszkodzić błonę śluzową, by zatrucie w całej pełni się ujawniło. Z drugiej strony i samo gnicie istot białkowych nie odgrywa tej roli, jaką przypisywano mu w patogenezie samozatrucia, gdyż n. p. wyciąg treści jelita czczego (otrzymywał ją Falloise z przetoki chorego), która, jak wiadomo, nie ulega gniciu, jest bez porównania bardziej zabójczy, niż masy kałowe. *Nowaczyński.*

Th. Janowski. **Nowe drogi w dyagnostyce chorób wewnętrznych.** (*Revue de médecine* 1907, Nr 9). Dotychczas dyagnostyka od czasów wykrycia opukiwania przez Auenbruggera, a osłuchiwania przez Laënneca śledziła głównie zmiany anatomiczne w narządach chorych. Sojusz kliniki z anatomią patologiczną opanował medycynę, zwłaszcza od czasów Skody i Rokitańskyego. Obecnie jednak już dość dawno zaczął się w klinice nowy prąd, uwzględniający ważność oceny czynności narządów chorych i przebieg czynnościowy spraw chorobowych. Zmiana zapatrywań uwydatnia się wybitnie przy rozpoznawaniu gruźlicy płuc. Klinicyści dawniejsi w tych przypadkach rozpoznawali bądź gruźlicę, bądź serowate zapalenie płuc, bądź przewlekłe nieżytowe zapalenie płuc. Dopiero od czasu odkrycia Kocha zjednoczono najrozmaitsze przejawy anatomiczne gruźlicy w jednostkę kliniczną. Tak samo badanie patologii wymiany materyi doprowadziło do poznania cukrzycy i śpiączki cukrzycej. Wszelako i na dyagnostyce fizyologicznej nie ograniczyły się nowsze badania. W ostatnich czasach nabiera znaczenia badanie sprawności narządów i ustroju chorego, czyli dyagnostyka potencyalna. Dało jej początek wprowadzenie zgłębnika i posiłków próbnych przez Kussmaula, Leubego i Ewalda w chorobach żołądka. Potem przez badanie porównawcze składu spożytych pokarmów i wydalanych stolców zastosowali badania te Schmidt, Strassburger, Zweig i Strauss w dyagnostyce chorób jelit. Badania licznych uczonych zwróciły się do wykrycia sprawności wątroby we wszystkich jej czynnościach, t. j. przy przeróbce cukru, wytwarzaniu mocznika z ciał azotowych, przy działaniu niszczącem trucizny, oraz wytwarzaniu urobiliny. W ostatnich czasach zwrócono się też do badania sprawności nerek, zwłaszcza przy ocenianiu stanu nerki zdrowej przed wycięciem chorej. — Badania te zmierzają do stwierdzenia, jaka jest zdolność nerek do wydzielania substancyi azotowych i soli, szybkość wydzielania błękitu metylenowego, wstrzykniętego pod skórę, oraz zdolność nerek do wytwarzania cukromoczu pod wpływem wstrzykiwać florydzyny. W tym samym kierunku zdąża kryoskopia i zastosowanie chemii fizycznej w medycynie. *Dr Blassberg.*

Franke. **Doświadczenia nad działaniem tuberkuliny ludzkiej i bydlęcej na skład krwi i narządy krwiotwórcze.** (*Tygodnik lekarski* 1907, Nr 36—37). Doświadczenia F., przeprowadzone na morskich świnkach, psach i królikach, przemawiają za istnieniem różnicy między prątkami typu ludzkiego, a typu bydlęcego. Tuberkulina ludzka, doprowadzana dłuższy czas do ustroju świnek i psów (u królików obraz zmian był niejasny) w małych dawkach, działa podrażniająco na szpik kostny i to tak na tkankę erytroblastyczną, jak i leukoblastyczną, a to jej część myeloidalną, wywołując ich bardzo żywe bujanie, a w następstwie tego podrażnienia powstaje we krwi krążącej obraz poliglobulii wraz z leukocytozą wielojądrzastą neutrofilną. Powolna tuberkulizacya tuberkuliną bydlęcą u zwierząt działa na krew i narządy krwiotwórcze wprost przeciwnie, wytwarzając niedokrwistość typu błedniczego wraz z objawami limfemii, a u świnek i leukopenię z częściową metaplazyą szpiku kostnego. Pewną analogię, choć nie dającą się ściśle wykazać, spostrzegamy u ludzi. Mianowicie gruźlicy dzieci, która przeważnie polega na zakażeniu typem bydlęcym, towarzyszy zwyczajnie niedokrwistość

z objawami limfemii, podobnie jak u zwierząt przy powolnej tuberkulizacyi tuberkuliną bydlęcą. *Dr Blassberg.*

Wolff-Eisner. **O braku glikogenu w leukocytach w białaczce szpikowej i uwagi nad znaczeniem tegoż w nauce o odporności i dla teoryi fagocytozy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, 44). Autor stwierdził, że nietylko przy chorobach zakaźnych i toksykozach, lecz także u zdrowych ludzi i zwierząt można w leukocytach, szczególnie w śledzionie i szpiku kostnym, wykryć glikogen i że wykrycie jego w znacznym stopniu zależy od metody badania. Znaczenie leukocytów dla zakażenia i odporności nie jest ostatecznie rozstrzygnięte, a uwaga Pfeiffera, że odporność latami się utrzymuje, a pojedyncze leukocyty tylko krótki czas żyją, nie została dotychczas zbita. Nawet w takiej chorobie, jak białaczka, nie wiemy, czy leukocyty są komórkami o prawidłowej czynności, a tylko przedwcześnie opuszczającemi miejsca, gdzie się wytwarzają, czy też komórkami zwyrodniałemi o nieprawidłowej czynności. Jeżeliby czynność leukocytów w białaczce była prawidłową, toby każdy chory na białaczkę szpikową musiał być niezmiernie odporny na choroby zakaźne, mając w swym ustroju obfitość fagocytów. Tak jednak nie jest; mimo to teorya fagocytozy nie może przez takie rozumowanie nic stracić, gdyż czynność leukocytów w białaczce szpikowej jest nieprawidłową, a dowodem tego wedle W.-E. jest brak w nich glikogenu, w przeciwieństwie do krwi prawidłowej, w której glikogen w leukocytach zapomocą działania par jodu można wykryć. W.-E. jest jednak przeciwnikiem teoryi fagocytozy i ze spostrzeżeń klinicznych czerpie zarzuty przeciw niej; i tak nie tłómaczy jego zdaniem teorya fagocytozy, dlaczego chorzy na białaczkę limfatyczną, a więc pozbawieni prawie zupełnie fagocytów, mogą 1—2 lat żyć i nie ulegać zakażeniu. Tego samego faktu nie tłómaczy ta teorya u chorych na złośliwą niedokrwistość lub aplazyę szpiku kostnego, gdzie zawsze istnieje znaczna leukopenia, a w pierwszej chorobie w dodatku przewaga limfocytów. *Pisarski.*

Flesch i Schossberger. **Białaczkowa zmiana krwi przy kile wrodzonej i posocznicy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 27). F. i S. stwierdzili u dziecka, dotkniętego kiłą wrodzoną, na dobę przed śmiercią zmiany białaczkowe krwi. (2,100.000 krwinek czerwonych, 51.500 białych, 30 prc. hemoglobiny. Poikilocytoza i polichromatofilia, liczne normoblasty. Neutrofilów wielojądrzastych 54 prc., neutrofilnych myelocytów 9 prc., eozynochłonnych wielojądrzastych 7 prc., eozynochłonnych myelocytów 1 prc., bazofilnych 1 prc., limfocytów 28 prc.). Sekcya stwierdziła zmiany kiłowe, posocznico-ropnicę i zapalenie płuc. Gołem okiem w szpiku zmian nie stwierdzono. Natomiast badanie drobnowidowe szpiku stwierdziło: znaczną ilość krwinek czerwonych jądrzastych i niedojrzałe, wielkie, jednojądrzaste, częściowo ziarniste komórki. Ponieważ w przypadku tym nie było zwykłego obrazu białaczki szpikowej, przeto F. i S. przypuszczają, że zmiana krwi wywołana została przez ciężkie sprawy chorobowe, toczące się w ustroju dziecka. *Dr Wł. Kluger.*

Eppenstein. **Ostra białaczka i ropnica wywołana przez paciorkowca.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 48). W przypadku ropnicy, wywołanej przez paciorkowce, stwierdził E. zmiany białaczkowe: powiększenie śledziony i gruczołów chłonnych, we krwi na 10,800.000 krwinek czerwonych, 50.000 krwinek białych, poikilocytoza, nieliczne krwinki czerwone jądrzaste. Wśród krwinek białych zaledwie 2·1 prc. neutrofilów wielojądrzastych, natomiast 50·9 prc. limfocytów dużych, 45·8 prc. limfocytów małych, 1·2 prc. komórek jednojądrzastych Ehrlicha. Sekcya potwierdziła rozpoznanie kliniczne. Badanie histologiczne szpiku kostnego i gruczołów stwierdziło zmiany, odpowiadające białaczce. Prawdopodobnie chodziło tu o zakażenie wtórne paciorkowcem u chorego na białaczkę. W przypadku tym badał E. wobec wysokiej odsetki limfocytów dużych we krwi zdolność trawienną ciałek białych na żelatynie przy 37° i na surowicy Loefflera przy 55°. Próba ta wypadła ujemnie, coby przemawiało przeciwko przypuszczeniu, iż w ostrej białaczce duże limfocyty zawierają ferment proteolityczny. *Dr Skórczewski.*

Proescher i White. **Pojawianie się krętków w przebiegu wrzekomo-białaczkowego przerostu gruczołów.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 38). Autorowie znaleźli w dwóch przypadkach białaczki wrzekomej w gruczołach znaczną ilość krętków. Był to prawdopodobnie krętek blady. Dalsze badania w toku. *Dr M. Godlewski.*

Decastello i Kienböck. **O leczeniu białaczki promieniami Röntgena.** (*Wiener med. Wochs.* 1907, 44). W 90 prc. przypadków białaczki szpikowej, można osiągnąć przez naświetlanie promieniami Röntgena poprawę, nawet znaczną, po przerwaniu jednak naświetlań nast puje i w takich przypadkach pogorszenie; zupełnego i trwałego wyleczenia osiągnąć nie można. W białaczce limfatycznej osiągali D. i K. poprawę w 85 prc., inni zaś autorowie tylko w 30 prc. Poprawa ta jednak nie jest tak znaczna, jak w białaczce, gdyż przy limfemii objawy niedokrwistości nie dają się usunąć i trzeba się zadowolnić już tem, że się nie pogarszają. Przebieg limfemii pod wpływem promieni Röntgena staje się powolniejszy i prawie nigdy nie grozi choremu otre pogorszenie, jak to się zdarza przy białaczce szpikowej, z czasem jednak giną ci chorzy wśród wzrastających objawów niedokrwistości; zupełne zatem wyleczenie i w tej odmianie białaczki jest niemożliwe. Bezpośrednio po naświetlaniu doznają chorzy pewnych dolegliwości, jak uczucia rozłamania, bolu głowy, nudności, wymiotów, biegunki, tracą na ciężarze, a wyjątkowo i gorączkują; po kilku dniach objawy te ustępują. Jeżeli istniejąca gorączka pod wpływem naświetlań nie ustępuje, to jest to w rokowaniu objawem niepomyślnym. Nawet największe śledziony i pakiety gruczołów chłonnych zmniejszają się po kilkumiesięcznem naświetlaniu do prawidłowych rozmiarów. Liczba leukocytów opada po największej części szybko; w tem jednak celu leczenia upatrywać nie można, bo jeden chory na białaczkę przy 50.000 leukocytów w 1 mm.³ może czuć się zupełnie dobrze, gdy inny, przy 8000 leukocytów w 1 mm.³ umiera. Przy białaczce szpikowej znikają w toku naświetlania myelocyty rychlej, aniżeli komórki wielojądrzaste i to naprzód myelocyty eozynochłonne i bazofilne, wyjątkowo zaś neutrofilne. Ilość wielojądrzastych neutrofilnych opada do poziomu prawidłowego, ilość wielojądrzastych eozynochłonnych często poniżej niego, natomiast liczba komórek tucznych pozostaje wysoką. Liczba limfocytów zmniejsza się bezwzględnie. Ilość komórek macierzystych (lymphoide Markzellen) zmniejsza się, lecz nie znikają one całkiem. Nawroty choroby zapowiadają się wzrostem ogólnej ilości leukocytów lub też tylko myelocytów lub komórek macierzystych. Zupełny powrót prawidłowego obrazu krwi nie zdarza się nigdy ani w przebiegu białaczki szpikowej, ani limfatycznej i krew zachowuje zawsze cechy krwi patologicznej. Z poprawą niedokrwistości ustępują objawy, od niej zależne, n. p. krwawienia. Inne objawy, jak zapalenie siatkówki, zaburzenia w miesiączkowaniu, cięgotki, biegunka, mogą także ustąpić. D. i K. nie stwierdzili szkodliwego wpływu naświetlań na nerki. Kwas moczowy wydzielał się z początku w zwiększonej ilości; z nastaniem poprawy ilość jego malała. — Ciężki ogólny stan w białaczce tłómaczą sobie D. i K. obecnością we krwi ciał trujących, a za źródło powstania tych ciał uważają wadliwą przemianę materyi w narządach krwiotwórczych. Promienie Röntgena mają własność niszczenia leukocytów i komórek wogóle; powiększone w białaczce narządy zmniejszają się szybko pod wpływem tych promieni; za tem idzie poprawa w składzie krwi. W ten sposób tłómaczono dotychczas działanie skuteczne promieni Röntgena w przebiegu białaczki. Spostrzeżenie, że w białaczce szpikowej wystarczy naświetlać tylko śledzionę, ażeby uzyskać ogólną poprawę, naprowadziło D. i K. na myśl, że przy naświetlaniu narządów limfatycznych uwalniają się pewne ciała, które mają własność działania i na inne, nienaświetlane narządy, wywołując przez to obniżenie się liczby leukocytów we krwi. Ciała te nie mają własności rozpuszczania leukocytów, krążących we krwi, lecz działają na te narządy, w których leukocyty powstają. Wedle przypuszczeń różnych autorów ciałem tem jest cholina. Promienie Röntgena działają zatem bezpośrednio lub pośrednio na narządy krwiotwórcze, a nie na samą krew. Przy białaczce limfatycznej naświetlanie jednego narządu nie wystarcza do osiągnięcia poprawy, zatem owe pod wpływem promieni Röntgena powstające ciała mają wpływ tylko na komórki ziarenkowe, nie zaś na limfocyty. Rokowanie przy leczeniu promieniami zależy, zdaniem D. i K., od ostrości przypadku przy białaczce szpikowej, a od stopnia niedokrwistości przy limfemii. Przy białaczce szpikowej wystarczy naświetlać śledzionę; przy białaczce limfatycznej trzeba naświetlać wszystkie pakiety powiększonych gruczołów chłonnych i śledzionę, a także i kości. *Pisarski.*

Mahnert. **O białaczce i leczeniu promieniami Roentgena.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, Nr 37). Na podstawie własnych wyników leczenia białaczki promieniami Roentgena, i na podstawie prac innych badaczy w tym kierunku, streszcza M. swe zapatrywania w ten sposób: Ze wszystkich prób leczenia białaczki, stosowanie naświetlania promieniami Roentgena, po dziś dzień daje najlepsze wyniki leczenia. Wyniki to jednak przemijające, i tylko w początkach choroby pod wpływem naświetlań na jakiś czas znikają wszystkie podmiotowe i przedmiotowe

objawy choroby, wracają jednak znowu po pewnym czasie w całej pełni. Od nawrotów choroby chorych uchronić nie można, mimo częstych nawet naświetlań w czasie, kiedy w ustroju nie ma zupełnie cech białaczki. Później promienie X zdają się tracić swój wpływ na narządy krwiotwórcze i chłonne, bo objawy choroby pod wpływem ich nie znikają. Powikłań skórnych przy oględnem obchodzeniu się można uniknąć. *Kostrzewski.*

Hirschfeld. **Erytremia i erytrocytoza.** (*Berl. klin. Wochs.* 1907, Nr 41). Opisawszy pięć, pod względem anatomiczno-patologicznym dokładnie zbadanych przypadków: »*polycythaemia cum splenomegalia*«, dochodzi H. do następujących wyników: We wszystkich przypadkach istniało ogromne bujanie (hyperplazya) szpiku kostnego, natomiast brakowało wybitniejszego udziału śledziony. Rola krwinek białych nie była bierną, ponieważ, z wyjątkiem gruczołów limfatycznych, wytwarzające je narządy znajdowały się również w stanie pewnego podrażnienia. Ilość krwinek białych w szpiku, a w 2 przypadkach i w śledzionie była wzmożoną. Natomiast nie dostawały się krwinki białe w liczbie zwiększonej do obiegu krwi. Badanie histologiczne wyłączyło zmniejszony rozpad krwinek czerwonych. Wszystkie takie, dotychczas sekcyonowane przypadki, dawały obraz krwistości prawdziwej (*plethora vera*), której, teoretycznie biorąc, nie można brać za jedno z policytemią. Występowanie zaś równoczesne obu zjawisk tłómaczy H. tem, że ilość osocza wzrasta równocześnie ze zwiększeniem się ilości krwinek. Istotą całej sprawy zdaje się być nadmierne wytwarzanie krwinek czerwonych, stąd uważa H. sprawę tę za analogiczną do białaczki. Z tego względu przyjmuje za Türkiem nazwę: *Erythraemia*. Wszystkie zaś policytemie, w których wzrost liczby krwinek czerwonych nie jest istotą choroby, zaleca H. nazwać: *Erythrocytosis*. *Dr Wł. Kluger.*

Prof. Deycke. **O środkach i drogach oznaczenia ilości krwi u żyjącego człowieka i zwierzęcia.** (*Intern. med. Rev.* 1907, Nr 2). Obecne sposoby badania krwi doprowadzać mogą do mylnych wniosków, obliczamy bowiem tylko względne ilości, a nie znamy bezwzględnych. Często u osób charłaczych spotykamy prawidłowe ilości białka i hemoglobiny, co polega na tem, że wogóle ilość krwi w ustroju tych osób jest zmniejszona. Z tego też powodu starał się D. wynaleść sposób obliczenia ogólnej ilości krwi w żyjącym ustroju. Sposób swój oparł na rozcieńczaniu krwi z pomocą wlewań fizyologicznego rozczynu soli kuchennej. Jeżeli obliczymy ilość białka (e) przed wlaniem pewnej ilości (n) fizyologicznego rozczynu soli i po wlaniu (e^1), w takim razie ilość krwi ogólna $x = \frac{e_1 n}{e - e_1}$ Obliczenie to byłoby łatwe i dokładne, gdyby wprowadzona ilość soli kuchennej dostała się w całości do krwi, (co zależy od przyrządu, używanego do wlewań), mieszała się dokładnie z krwią i nie ulegała wessaniu. Dlatego podaje D. osobny przyrząd do wlewań, który automatycznie wprowadza odpowiednią ilość soli kuchennej, dalej radzi wykonać obliczenie po wlaniu w 5 minut, gdyż wtedy krew jest najdokładniej pomieszaną z rozczynem soli, a wreszcie celem zapobieżenia zbyt szybkiemu wessaniu soli dodaje do rozczynu 1—5 prc. cukru gronowego, gdyż cukier wstrzymuje chłonienie soli aż do chwili, kiedy dopiero stosunek ilości cukru we krwi i w rozczynie wlanym się wyrównają. Sposób autora, choć prosty, wymaga jednak do obliczenia dość długiego czasu i potrzeba do niego wytoczyć 20—30 ctm. krwi. Ilości otrzymane w warunkach prawidłowych odpowiadają $^1/_{13}$ wagi ciała. *Klęsk.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie wyborcze d. 18. grudnia 1907.

Przewodniczy prezes kol. Prof. Rosner. Obecnych członków 48.

1) Protokół po odczytaniu przyjęto.

2) Przystąpiono do wyborów zarządu na rok 1908. Do skrutynium powołani koledzy: T. Piotrowski i Blassberg. Prezes komitetu przedwyborczego kol. Kostanecki przedkłada listę tegoż komitetu. W myśl tej listy zostali wybrani, po zrzeczeniu się ponownego wyboru prez kol. Rosnera, prezesem kol. Prym. Borzęcki, wiceprezesem kol. Doc. Gliński, skarbnikiem ponownie kol. Doc. Dobrowolski, redaktorem ponownie kol. Prof. Ciechanowski, sekretarzem doroczmym kol. Cetnarowski, do komisyi redakcyjnej: kol. Doc. Rutkowski, Prof. Krzyształowicz, Prof. Lewkowicz, Dr Wojciechowski, gospodarzem kol. Doc. Seńkowski, do komisyi kontrolującej: kol. Bielański i Cercha, delegatami do Rady zawiadowczej Tow. lek. gal. Prof. Dr Bylicki i Dr J. Łuszczkiewicz, delegatami na Walne Zgromadzenie Tow. lek. galic.: Prof. Dr Ciechanowski i Doc. Dr Dobrowolski.

Sekretarz: *Dr Owsiński.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska podaje do wiadomości następujące:

Ogłoszenie.

Wydział krajowy ma w tym roku tak samo, jak w latach ubiegłych, 10,000 K do rozdziału na zapomogi dla wdów po lekarzach okręgowych. — Podając to do wiadomości, wzywamy wszystkie wdowy po lekarzach okręgowych do wnoszenia podań.

Lwów, d. 21. stycznia 1907.

Prezydent: *Dr Festenburg.*

Organizacya lekarzy śląskich (komitet frysztacki) ostrzega przed przyjmowaniem posady w Piotrowicach w Cieszyńskiem. *Dr W. Olszak.* (Szczegóły w następnym numerze).

W Warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy polskich odbyło się 17. I. 1908 posiedzenie w sprawie stosunku lekarzy polskich do wytwórczości niemieckiej produktów lekarskich. Rozprawy zagaił Dr Manduk, zawiadamiając obecnych, że w związku z ogólnym ruchem w kierunku wyzwolenia przemysłu i handlu naszego od przemysłu niemieckiego, powstałym z powodu targnięcia się rządu pruskiego na podstawę naszego bytu narodowego w Poznańskiem, utworzyli aptekarze warszawscy za pośrednictwem Warszawskiego Towarzystwa Farmaceutycznego osobną komisyę, której zadaniem będzie: *a*) wskazywanie fabryk chemicznych, istniejących poza granicami Niemiec, mogących wyrobami swymi zastąpić przetwory niemieckie; *b*) wywieranie nacisku na składy materyałów aptecznych, aby zaniechały zbytecznego dostarczania do aptek środków leczniczych z fabryk niemieckich i *c*) wpływanie na zmniejszenie użycia wód mineralnych i specyfików niemieckich, przez zastąpienie ich wodami i specyfikami innego pochodzenia. — Przemysł chemiczno-farmaceutyczny w ścisłem tego słowa znaczeniu u nas nie istnieje. Najważniejsze przetwory, używane w medycynie, przychodzą do nas z Niemiec, wskutek nietylko udoskonalenia samej produkcyi, ale i znakomitej organizacyi handlowej w Niemczech, opierającej się na licznej rzeszy agentów i dogodnych warunkach kredytu. Wskutek tego przetwory, wyrabiane nawet poza Niemcami, jak chinina i kokaina z Holandyi, kamfora i jodek potasu z Anglii, dostają się do nas za pośrednictwem firm handlowych niemieckich. Przechwalane po wszystkich pismach zarówno codziennych, jak i lekarskich, specyfiki niemieckie, których rocznie napływa do Rosyi 3,700 pudów, przeważnie ukrywają pod cudaczną nazwą najprostszy środek lekarski, a niekiedy pozbawione są własności leczniczych. Wody mineralne niemieckie wszystkie niemal można zastąpić, jeżeli nie wodami źródeł krajowych, to wodami z innych krajów lub też wodami sztucznemi. W tej akcyi farmaceuci będą bezsilni, o ile lekarze w dalszym ciągu, przez obojętność wobec wytwórczości krajowej w zakresie przetworów leczniczych, wód mineralnych, a nawet specyfików, które wszystkie mogą być u nas wyrabiane, będą poleceniami swemi przyczyniali się do łatwego zbytu produktów niemieckich.

W toku dyskusyi, wogóle pochwalającej dążenia Towarzystwa Farmaceutycznego, odezwały się również poważne głosy, powstrzymujące od zbyt daleko idących, niewykonalnych projektów. Dr J. Pruszyński zaznaczał, że długo jeszcze nie zdołamy obejść się bez przetworów farmaceutycznych niemieckich, nietylko co do wytworów czystych, ale nawet i specyfików, którym pod względem działania oraz smaku nie zawsze mogą dorównać specyfiki, wyrabiane na miejscu; mówca nawołuje jednakże gorąco do wyzyskania szlachetnego zapędu w kierunku stworzenia własnego przemysłu farmaceutycznego, na razie jednak uznaje za rzecz najważniejszą utworzenie odpowiedniej pracowni

chemiczno-lekarskiej, któraby powstrzymywała zbyteczne, a często bezwartościowe przetwory niemieckie od dostawania się na nasz rynek aptekarski.

Dr J. Jaworski w dłuższem przemówieniu, powołując się na przykład Galicyi, gdzie istnieją t. zw. komisye przemysłowo-lekarskie, uzasadniał potrzebę utworzenia komisyi takiej przy Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie [1]). Zadaniem jej będzie ograniczać przywóz leków, wód mineralnych i t. d. z zagranicy, orzekać co do przetworów farmaceutycznych, zarówno krajowych, jak i zagranicznych, wreszcie nadzorować czystość i wartość leczniczą tych środków. Dla celów tych powstać musi przy Stowarzyszeniu pracownia chemiczna i techniczna. Mowca przedłożył Zarządowi do rozważenia 2 następujące wnioski: 1) Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie wybiera komisyę przemysłowo-lekarską z pośród swych członków, która ma się zastanowić nad ograniczeniem, o ile to jest możliwe, bez szkody dla chorych i nauki, sprowadzania wogóle z zagranicy, szczególnie zaś z Prus, przetworów farmakologicznych, wód mineralnych, narzędzi chirurgicznych, środków opatrunkowych, przyrządów do pracowni, szpitali i t. d. Do składu komisyi rzeczonej wchodzą przedstawiciele poszczególnych działów medycyny z prawem uzupełniania się przedstawicielami innych nauk oraz przedstawicielami przemysłu i handlu. 2) Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie za pośrednictwem komisyi przemysłowo-lekarskiej lub wprost Zarząd Stowarzyszenia wchodzi w porozumienie i zawiera umowę z jedną z istniejących w Warszawie pracowni naukowych co do dokonywania rozbiorów chemicznych oraz technicznych z polecenia Stowarzyszenia resp. Komisyi przemysłowo-lekarskiej przy Stowarzyszeniu, na warunkach i pod zastrzeżeniami, uprzednio obopólnie ułożonemi, a to w celu ułatwienia badania przetworów lekarskich, zarówno krajowych, jak i zagranicznych, aby w ten sposób Stowarzyszenie, jako korporacya zawodowa, wywierać mogło wpływ na postęp wytwórczości krajowej w tym kierunku, a także rozciągać kontrolę nad produkcyą różnych środków i przetworów leczniczych.

Godząc się na powyższe wnioski, wybrało Zgromadzenie komisyę, w skład której prócz wnioskodawcy Dra Jaworskiego oraz Dra Pruszyńskiego, weszli Drowie: Manduk, Adam Przyborowski i K. Rzętkowski. Komisya ta zobowiązała się w krótkim czasie wystąpić z szeregiem konkretnych projektów. *W. K.*

Komisya sanitarna parlamentu austryackiego powierzyła na posiedzeniu w d. 17. XII. 1907 referat w sprawie przymusu szczepienia posłowi Bugatto, który nie jest lekarzem, a referat w sprawie nowej ordynacyi lekarskiej posłom Dr Kindermannowi i Michlowi. *R.*

Brak lekarzy w armii austryackiej odbija się najlepiej w tem, że na r. b. (1908) wakuje 200 posad starszych lekarzy, których jest tylko 92 zamiast 290. Ministerstwo wojny spodziewa się zaradzić złemu przez udzielanie liczniejszych stypendyów słuchaczom medycyny; środek ten zawiedzie jednak, dopóki stypendya te nie będą przynajmniej tak wysokie, jak w obronie krajowej, i dopóki nie zostaną polepszone płace, stanowisko i stosunki awansu lekarzy wojskowych. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 5. do 18. I. 1908 doniesiono o 40 nowych przypadkach duru plamistego w 14 gminach, a mianowicie: pow. Brzeżany (Chorościec 3), Brzozów (Jasienica 1), Czortków (Kossów 1), Gródek jag. (Uherce niezabitowskie 4), Jaworów (Hruszowice 2, Zawadów 1), Lisko (Lisko 6, Wola postołowa 1, Łuk 6), Kałusz (Dobrowlany 8), Przeworsk (Studzian 1, Mokra strona 1, Przeworsk 3), Śniatyn (Dżurów 2) i o 5 przypadkach ospy w 2 gminach, a mianowicie pow. Chrzanów (Czerna 4, Gromiec 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 12. do 18. I. 1908 urodziło się dzieci żywo 69, nieżywo 8; zmarło osób 54 (w tem obcych 18), z nich z gruźlicy 7 (3), zapalenia płuc 13 (4), płonicy 2 (2). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 12. do 18. I. 1908 zgłoszono przypadków: odry 1, płonicy 2, duru brzusznego 1, błonicy 1, róży 2 † 2, grypy 1. *W.*

[1]) W artykule, ogłoszonym w »Gazecie lekarskiej« (1) nawołuje Dr Jaworski do utworzenia takich komisyi także w Warszawskiem Tow. lekarskiem i w Towarzystwach lekarskich prowincyonalnych. *(Przyp. Red.)*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Fizyk miejski, Dr Wilkosz, ustępuje ze swego stanowiska. Mamy nadzieję, że ważny ten posterunek sanitarny obsadzony zostanie jaknajspieszniej, aby nie stwarzać okresu przejściowego, na którym stracićby tylko mogły sprawy zdrowotne miasta; w szczególności nie powinienby być termin konkursu nazbyt długi, a po upłynięciu terminu nie powinnoby być obsadzenie urzędu odwlekane. Urząd fizyka powinien być powierzony temu z kandydatów, którego dotychczasowa działalność dawałaby rękojmię, że będzie umiał sprawy sanitarne Krakowa ująć odrazu wprawną i silną ręką i że dobro miasta na pierwszym zawsze stawiać będzie planie. Ufajmy, że obecna Rada miasta potrafi i w tej sprawie pójść inną drogą, niż niekiedy dawniej postępowano, i że nie osobiste sympatye lub wpływy, jakie sobie ten, czy ów kandydat zjednał, ale istotne doświadczenie i wybitna zdolność padnie tym razem na szalę wyboru.

— W budżecie m. Krakowa na r. 1908, zamkniętym w dochodach i wydatkach kwotą 3,919,375 K, wzrósł dział wydatków na zdrowotność jedynie o 4,043 K na utrzymanie zakładu dezynfekcyjnego i 21,122 K na zakład czyszczenia miasta, a w innych działach dodano na podobne cele tylko drobne kwoty (1,000 K więcej dla szpitala OO. Bonifratrów, 1,500 K dla szpitala izraelickiego, drobniejsze adaptacye sanitarne 3 szkół).

— Rok bieżący będzie pierwszym rokiem gospodarki miejskiej w parku Jordana; stąd też z tegorocznego budżetu miejskiego można poniekąd wnosić, czy Zarząd miasta pójdzie drogą, wytkniętą przez założyciela parku. Jednakże wyznaczenie w projekcie budżetu tylko 3,690 K na właściwe zadania tej instytucyi (bo 3,870 K wydatków gospodarczych tem bardziej liczyć tu nie można, że pokryte one będą dochodem z parku, obliczonym na 3,990 K), a w tem tylko 600 K na uzupełnienie przyborów do ćwiczeń, na których obecnie bardzo zbywa, budzą niejaką obawę o los instytucyi, będącą chlubą dla miasta, a wzorem dla obcych.

— Posiedzenie miejskiej komisyi sanitarnej odbyło się wreszcie w d. 16. I. 1908 pod przewodnictwem wiceprezydenta Dra Szarskiego. Fizyk miejski złożył sprawozdanie ze stanu płonicy i duru w Krakowie. Płonica obecnie prawie zupełnie wygasła. Duru w roku zeszłym było 67 przypadków, od Nowego Roku 6. Źródła duru — zdaniem fizyka — nie można było zbadać dokładniej; prawdopodobnie zawlekanym bywa z gmin okolicznych za pośrednictwem dostarczanego tu nabiału (mleka, masła), oraz jarzyn. W dyskusyi zabierali głos: Prof. Dr Bujwid, Prof. Dr Ponikło, Doc. Dr Seńkowski, oraz Prof. Dr. Nowak. Komisya wyraziła zapatrywanie, że należy dołożyć wszelkich starań, aby zapobiedz pojawianiu się duru w Krakowie, a to da się uskutecznić zapomocą otoczenia gmin okolicznych jak najściślejszym nadzorem. W końcu uchwalono: 1) Urząd zdrowia utrzymywać będzie w ciągłej ewidencyi przypadki chorób zakaźnych w całym kraju, wykaz miejscowości i obór, z których nabiał do Krakowa bywa przywożony; 2) Urząd zdrowia postara się o dokładne daty co do chorób zakaźnych w sąsiednich powiatach i na tej podstawie badać będzie źródło choroby. Komisya uchwaliła także zwrócić się do władz rządowych okolicznych powiatów, aby obmyśliły kontrolę nabiału i dowiadywały się w drodze poufnej, w których gminach w Królestwie Polskiem panuje dur, celem zarządzenia odpowiednich środków co do przywozu stamtąd nabiału, wreszcie, aby przyległe powiaty zaopatrzone były w studnie z dobrą wodą.

— Wiec lekarzy krakowskich w sprawie wyborów do Sejmu, zwołany przez prezesów: Izby lek., Towarzystwa lek. i Tow. Samopomocy lekarzy, odbył się w Domu lekarskim w d. 17. I. 1908 pod przewodnictwem prezydenta Izby lek., r. dw. Prof. Dra Wicherkiewicza. Obrady zagaił wiceprezes Tow. Samopomocy Dr Damski. W dyskusyi rozpatrywano stanowisko, jakie lekarze zająć powinni przy najbliższych wyborach sejmowych i podnoszono potrzebę odpowiedniego zastępstwa lekarzy w Sejmie w interesie polepszenia stosunków sanitarnych w kraju. Przemawiali Dr Silberstein, Dr Lustgarten, Dr Kwaśnicki, Prof. Dr Bujwid, Dr Nartowski, Dr Kapellner, Prof. Dr Domański, Dr Glasner i Dr Hirsch. Uchwalono wybrać komitet z przewodniczących korporacyi lekarskich z prawem kooptacyi; komitet ma zastanowić się nad sprawą wyborów, sformułować postulaty lekarzy tak w interesie własnym, jak zdrowia publicznego wobec Sejmu i zastanowić się, jakie stanowisko lekarze w akcyi wyborczej zająć mają.

Przewodniczący Prof. Dr Wicherkiewicz w gorących słowach napiętnował uchwały sejmu pruskiego w sprawie wywłaszczenia i podniósł potrzebę zwalczania towarów pruskich ze strony lekarzy. Zebranie poruczyło Zarządowi Towarzystwa Samopomocy lekarzy przygotowanie odpowiednich wniosków w tej sprawie.

— W dniu 2. I. 1908 rozpoczął się w c. k. powszechnym Zakładzie badania środków spożywczych w Krakowie kurs czteromiesięczny dla nadzorców żywności (komisarzy targowych), doprowadzony do skutku dzięki zabiegom starszego inspektora zakładu, Dra L. Biera, zapomocą subwencyi ministerstwa spraw wewnętrznych. Wykłady na kursie objęli urzędnicy zakładu i inspektor rzeźni miejskiej. Liczba uczestników kursu jest największa, jaką ze względów dydaktycznych i ze względu na lokal zakładu można było przyjąć; prócz 9 kandydatów prywatnych, wysłały 6 kandydatów urzędowych miasta Lwów (2), Kraków, Czortków, Drohobycz i Rzeszów. Kilku kandydatom musiano ze względu na brak miejsca odmówić tym razem przyjęcia.

Fakt dojścia do skutku kursu, nadspodziewana liczba kandydatów, oraz urzędowe wysłanie na kurs własnych urzędników przez postępowsze zarządy miejskie, rokuje nadzieję poprawy i na polu higieny produktów spożywczych, na polu racyonalnej kontroli w tej dziedzinie, wielce zaniedbanej w kraju. Istnieje uzasadniona nadzieja, że w razie ożywienia się w tym kierunku naszych miast i zdrojowisk, władze centralne ułatwią poparciem finansowem urządzanie dalszych kursów w krótkich odstępach czasu. *r.*

— Wydział Towarzystwa Rad opiekuńczych postanowił podjąć starania o założenie w Krakowie publicznego domu podrzutków, którego brak coraz więcej daje się odczuwać.

— Celem zebrania funduszu na pomnik Henryka Jordana tworzy Prezydyum miasta obszerny komitet obywatelski, złożony z 80 osób.

— Dyplom doktorski uzyskały pp. Dora Fränklówna i Dora Immerglückówna, obie rodem z Krakowa.

— Jedyne może w swoim rodzaju bezrobocie, bo uzasadniane opłakanymi stosunkami higienicznymi budynku szkolnego, urządzili uczniowie krakowskiej Akademii sztuk pięknych.

Lwów. Towarzystwo lekarskie lwowskie na dorocznem Zgromadzeniu administracyjnem w d. 17. I. 1908 wybrało następujący nowy Zarząd: przewodniczący: Dr Wilhelm Pisek, zastępca przewodniczącego: Prof. Dr Szpilman; sekretarz stały: Dr Witołd Ziembicki; podskarbi: Doc. Dr Bednarski; gospodarz: Dr Festenburg; bibliotekarz: Dr Reis; sekretarz doroczny: Dr W. Nowicki; delegaci na W. Zgromadzenie Tow. lek. gal.: Dr Krzyszkowski, Prof. Dr Machek, Dr Mahl, Dr Pisek, Doc. Dr Rencki, Prof. Dr Sieradzki, Dr Skałkowski, Dr J. Starzewski, Prof. Dr Szpilman, Dr Zgórski, Prof. Dr Grzegorz Ziembicki, Dr Witołd Ziembicki; zastępcy delegatów: Dr Fels, Dr Franke, Dr Kucharski, Dr Stachiewicz, Dr Trzcieniecki, Dr Weksler.

— Na posiedzeniu Krajowej Rady zdrowia w d. 18. I. 1908 wydano opinię o statucie szpitala w Zakopanem, o taksie leczenia w szpitalu w Rzeszowie, o rekursach dwóch lekarzy od wyroków Rad honorowych i o założeniu czwartej apteki w Rzeszowie.

— Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej w d. 13. I. 1908 omawiano najpierw sprawę wyborów do Rady miejskiej i uchwalono, jak już donosiliśmy, popierać Drów: Papeego, Starzewskiego, Piaseckiego, Hoynackiego i Felsa. — W sprawie Kasy chorych w M. uchwalono odnieść się pisemnie do kolegów zamieszkałych w M. — Omówiono sprawę starania się o podwyższenie wynagrodzenia za czynności lekarza więziennego Dra F. w B., roztrząsano sprawę posady lekarza okręgowego w J., uchwalono oświadczyć się przeciw udzieleniu koncesyi na własną aptekę Kasie chorych we Lwowie, wydano opinię co do spornego honoraryum lekarskiego, wreszcie uchwalono zwołać posiedzenie pełnej Izby z początkiem lutego.

— Na posiedzeniu miejskiej Komisyi sanitarnej (zwoływanej zresztą zbyt rzadko) w d. 18. I. przedstawił fizyk miejski statystykę chorób zakaźnych w r. 1907, (z których zmarło w tym roku 4290 osób = 22·5‰ ludności; stwierdzono przypadków błonicy 248 † 38, krztuśca 177 † 7, płonicy 591 † 60, odry 588 † 29, duru plamistego 14, brzusznego 248 † 27, czerwonki 10 † 4, gorączki połogowej 13 † 8). Po chorobach zakaźnych odkażono 1560 izb mieszkalnych; nadto po zmarłych na gruźlicę (w roku 1907 — 970 osób) 544 mieszkań. Za odkażanie mieszkańcy nic nie płacą; również bezpłatnie przewozi magistrat osobno do tego przeznaczonymi wozami chorych zakaźnych do szpitali i t. p. W dyskusyi podnoszono konieczność dokładniejszego badania źródeł chorób zakaźnych i w tym celu uchwalono też na wniosek Dra Mahla i Mikołajskiego zwrócić się do władz rządowych centralnych o utworzenie we Lwowie zakładu badania chorób zakaźnych. Wreszcie wydała Komisya przychylną opinię o zakładzie wodoleczniczym, który ma urządzić szpital żydowski i zaleciła kandydatów na chemika miejskiego i dyrektora rzeźni.

— Sprawę wyparcia niemieckich przetworów leczniczych z naszego kraju poruszył we Lwowie Dr Witold Ziembicki i krząta się energicznie około jej urzeczywistnienia. Na posiedzeniu prymaryuszy szpitala powszechnego podał on myśl utworzenia rodzaju agencyi dla całego kraju, któraby wskazywała wytwory krajowe, oraz ułatwiała stosunki z wytwórcami zagranicznymi poza obrębem Niemiec. Dla wypracowania szczegółowego planu akcyi doradził Dr Ziembicki ankietę lekarsko-aptekarską, która zebrać się ma już w dniach najbliższych. Zorganizowany już komitet korespondencyjny nawiązuje stosunki z wytwórcami we Francyi, Anglii i t. p. O wyniku prac ankiety i komitetu zawiadomieni będą wszyscy lekarze i instytucye lekarskie, a obecnie już można zwracać się po informacye do dra W. Ziembickiego (Lwów, Bielowskiego 6). — Na zebraniu obywatelskiem w d. 29. XII. 1907 w ratuszu lwowskim zdawał też Dr W. Ziembicki sprawę z podjętej przez siebie akcyi (»Tyg. lek.« 3).

— »Tygodnik lekarski« poświęcił Nr 2 r. b. upamiętnieniu dziesiątej rocznicy istnienia lwowskiej kliniki chirurgicznej, zamieszczając prace z tej kliniki i dane historyczne o niej.

— W budżecie krajowym na r. 1908, wynoszącym wogóle w wydatkach 50,258,292 K, przeznaczono na sprawy zdrowotne 5,841,647 K, o 203,168 K więcej, niż w roku zeszłym. To zwiększenie wydatków obejmuje ratę na budowę zakładu kulparkowskiego i przyczynek kraju do budowy kliniki psychiatrycznej w Krakowie. Dochody w tym dziale preliminowano na 2,243,677 K.

— Sprawa dojazdów kolejowych do niektórych galicyjskich zdrojowisk i uzdrowisk zdaje się wchodzić na lepsze tory. Na posiedzeniu Krajowej Rady kolejowej w d. 16. I. 1908 podniósł prezydent m. Krakowa, dr Leo, konieczność budowy kolei z N. Sącza do Szczawnicy. Budowa kolei Muszyna-Krynica odwleka się tylko z powodu, że czynniki miejscowe nie podpisały jeszcze wymaganych udziałów. Wydział krajowy stawia obecnie na pierwszym planie kolej z Wieliczki przez Myślenice do Mszany Dolnej, która skróci znacznie drogę z Krakowa do Zakopanego.

— Dzienniki podają wśród kandydatów, stawianych do Sejmu przez stronnictwo ludowe, nazwiska lekarzy: Dr Bernadzikowskiego i Dr Mikołajskiego.

— Otwarcie zakładu Zanderowskiego doc. Gabryszewskiego i Dra Wojtkowskiego odbyło się 19. I. 1908. Asystentami zakładu są Dr Gordaszewski i stud. med. p. Wałęga.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie warszawskie wybrało na rok 1908 prezesem Dr W. Kamockiego, wiceprezesem Dr Gabszewicza, sekretarzem dorocznym Dr Landsteina.

— Dr Karol Rychliński ustąpił ze stanowiska st. ordynatora szpitala św. Jana Bożego.

— Zmarła przed paru dniami Julia z Czabanów Wiemanowa zapisała około 470,000 rubli na cele dobroczynne. Zapisy otrzymały m. i.: Warsz. Towarzystwo higieniczne na Sanatoryum dla niezamożnych suchotników pod Warszawą 10,000 rb., Towarzystwo opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi (przytułek w Drewnicy 25,000 rb.), cały szereg schronisk dla chorych nieuleczalnych w Warszawie i Częstochowie, szpital dla dzieci (przy ul. Aleksandrya 25,000 rb.), Pogotowie ratunkowe 10,000 rb., Kolonie letnie 10,000 rb., Kąpiele ludowe 5,000 rb. i Towarzystwo lekarskie warszawskie 2,000 rb. (ogółem na te cele przeszło 100,000 rb.).

— W Zakładzie dla umysłowo chorych w Drewnicy wakować będzie od 1. IV. b. r. posada Dyrektora z płacą 1.200 rb. i 600 rb. dodatku. Zgłaszać się należy do kancelaryi Towarzystwa opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi (Warszawa, ul. Chmielna 60 m. 5) do 1. III. b. r.

— Małżonkowie Gilwandowie z Łodzi ofiarowali plac w Rudzie Pabianickiej pod budowę kolonii letniej dla ozdrowieńców.

Z różnych stron. Na wydziały lekarskie 7 uniwersytetów austryackich przeznaczono w budżecie państwowym na r. 1908 kwotę 4,816.807 na wydatki zwyczajne (Wiedeń 1,603,605, Praga wydz. niem. 688,140, czeski 656,500, Kraków 572,899, Graz 462,020, Lwów 433,545, Insbruk 400.098). Wysokość wydatków nie odpowiada wcale wysokości frekwencyi, oba galicyjskie Wy-

działy lekarskie są pokrzywdzone, zwłaszcza w porównaniu n. p. z Pragą. W wydatkach nadzwyczajnych (1,054.014) przeznaczono również dla niemieckiego Wydziału w Pradze niestosunkowo wiele (206.220). Na Kraków przypada 209.725, w czem głównym wydatkiem jest pierwsza rata na klinikę psychiatryczną (156.000) i ostatnia rata na rozszerzenie zakładu anatomii opisowej (26.100).

— Na Uniwersytetach rosyjskich w r. 1906/7 było 877 kobiet, zaś w r. 1907/8 jest 1690. *S.*

— Według krążących wieści zostało pociągniętych do odpowiedzialności przez ministeryum oświaty 8 profesorów Uniwersytetu Odeskiego, m. i. prof. Kosiński, Wośkowski, Rottert, Kłossowski. *S.*

— Według danych urzędowych od początku epidemii aż do 25. XII. st. st. 1907 zapadło na cholerę w całej Rosyi 12.120 osób, z nich zmarło 5810. *S.*

— Komitet »Koła lekarzy polskich w Petersburgu« zaprosił wybitniejszych przyrodników polskich w Petersburgu na posiedzenie w d. 10. 23/I., aby wspólnie wypracować ostateczny program organizacyjnego posiedzenia powstającego »Związku lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu«. *S.*

Mianowani: Prof. Hallopeau członkiem honorowym Tow. dermatologicznego w Petersburgu.

Zmarli: Dr Michał Burhardt w 70 r. ż. w Wilnie; b. Prof. dermatologii Połotebnow w 70 r. ż. w Petersburgu, okulista Prof. Snellen w Utrechcie.

Redakcya otrzymała: Turzański. Kilka uwag w sprawie poprawy obecnych stosunków prostytucyi. »Przegląd chor. sk. i wen.« 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 29. stycznia o godz. 6 wieczorem w Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Demonstracye z kliniki lekarskiej: Dr Korolewicz, Dr Sermak, Dr Szurek. 2) Doc. Dr Seńkowski: O ultramikroskopii i badaniu w ciemnem polu.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Olej cypresowy i pyrenol (Dr Carl Linhart, »Deutsche med. Ztg.« 1907, Berlin Nr 91). Olej cypresowy poleca w krztuścu Soltmann (»D. m. Wochens.« 1903, Nr 17/8) w postaci rozczynu wyskokowego w stosunku 1:5 dla skrapiania poduszki 4 razy dziennie po 10—15 gr. Pyrenol zaś stosował Linhart przy każdem zapaleniu oskrzeli i płuc również w postaci rozczynu 2,0—4,0:100 z dodaniem soku malinowego w niewielkiej ilości albo też *succ. liquirit.* 3,0 i *liq. Ammon. anis* 2.0 4 r. dziennie małą łyżeczkę. Śmiertelność, jak zaznaczył Soltmann, dochodząca w krztuścu przy stosowaniu oleju cypresowego od 12 prc. do 27 prc., znacznie maleje przy stosowaniu pyrenolu i dosięga zaledwie 4 prc. Nadto Linhart podaje, że choroba ta, ciągnąca się dawniej od 10—18 tyg., przez leczenie pyrenolem skraca się do 5—8 tyg. Charakterystyczną cechą pyrenolu jest jego działanie uspokajające i wykrztuśne; jednocześnie jest on najlepszym środkiem zapobiegawczym przeciwko poważnym powikłaniom. Środki znieczulające stosować można jedynie w pierwszych dniach choroby dla wywołania spokojnego snu; dalsze ich stosowanie wywołuje utrudnienie oddychania i upośledzenie wszystkich żywotnych czynności ustroju. Opierając się na pomyślnych doświadczeniach poleca Linhart przy leczeniu krztuśca połączenie pyrenolu (wewnętrznie) z olejem cypresowym (do wdychiwań), uważając to za sposób leczenia najbardziej obecnie skuteczny. *Hr.*

Lysol często bywa przyczyną zatrucia. Śmiertelne zatrucie ogłasza znowu Albrecht (Münch. med. Wochens. Nr 32, 1907). Mężcz. 45-letni zażył w samobójczym zamiarze nieznaną ilość lysolu. Pomimo natychmiastowego przeplukania żołądka nastąpiła po trzech dniach śmierć wśród krwotocznego zapalenia nerek i zapalenia płuc nieżytowego. Głównie dolna część przełyku i wpust uległy głębokim zmianom; błona śluzowa odrywała się w postaci brunatnych strzępów. Mniejsze zmiany w żołądku, górnej części dwunastnicy, w krtani, tchawicy i na wargach. Ze względu na częste zatrucia lysolem, sądzi Albrecht, że lysol przynajmniej w nierozcieńczonym stanie powinien być ze sprzedaży podręcznej wycofany. *Ll.*

Secacornin „Roche“ — nowy przetwór sporyszu (Friederyk Merkel, »München. mediz. Wochenschrift« 1907, Nr 27). W handlu znajduje się ten środek jako wyjałowiony rozczyn alkaloidów sporyszu; można go użyć zarówno do wstrzykiwań podskórnych i śródmięśniowych, jak również wewnętrznie. Merkel wypróbował sekakorninę blizko w 60 przypadkach przeważnie porodowych, stosując ją: 1) zapobiegawczo w czasie porodowym przeciw atonii po szybkich porodach, przy nadmiernem rozciągnięciu macicy i przy łożysku przodującem; 2) dla zwalczenia istniejącej już atonii; 3) dla przyśpieszenia zwijania się macicy w połogu i zwalczenia długo trwającego krwawienia poporodowego; 4) po każdem poronieniu. W ginekologii stosował M. sekakorninę z dobrym wynikiem przy włókniaku macicy, przy obfitem miesiączkowaniu u kobiet niedokrwistych i t. p. Po wstrzyknięciu występuje działanie w przeciągu 5—10 minut. *Hf.*

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych** jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu

Aptekarza D. MATULI w Podgórzu.

Polecany jako środek lekko strawny, popudzający apetyt, w błednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej. 137

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 korony.

Wyrób krajowy tańszy o 25% od takiegoż niemieckiego Dr Gudego w Lipsku.

Dwie flaszki wysyłam franco. Dwie flaszki wysyłam franco.

(Preparat ten wydaje się jedynie na przepis lekarza).

TRAN JODOWO ŻELAZISTY

zawiera równie jak Tran Lahussena w 100 gr. tranu 0·20 jodku żelaza. **Przetwór ten leczniczy jest sporządzony na najlepszym tranie Meyera, przeto jest smaczny i nie psuje żołądka.**

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego może być z dobrym skutkiem zalecanym w chorobach płuc, zołzach, niedokrewności i t. d.

Sposób użycia: Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 221

Cena flaszki 1 K. 20. hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece

K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.

We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

Rossel, Schwarz & Co. Wiesbaden 25.

Fabryka leczniczo-gimnastycznych i ortopedycznych przyrządów.



Wyłączny wyrób przyrządów systemu Dra Herza, Wiedeń. 135

Wyłączny wyrób przyrządów, systemu Dra G. Zandera, Stockholm.

Przyrządy pendułowe używane równocześnie jako przyrządy z oporem.

Wyłączny wyrób elektrycznych przyrządów do grzania gorącem powietrzem, systemu Dra Tyrnauera w Karlsbadzie

Pierwszorzędny wyrób z daleko idącą gwarancyą. || Piśmiennictwo i oferty bezpłatnie i opłatnie.

Najlepsze kraj. i obcokraj. polecenia. Patenty we wszystkich państw kultur.

LABORATORYUM MIKROSKOPIJNO-CHEMICZNE

Dr Bolesława DROBNERA

W KRAKOWIE, PRZY UL. ZGODA 1.

Telefon Nr 415 C. — Adres na telegramy: Laboratoryum Drobnera Kraków.

Wykonuje wszelkie prace w zakres chemii nieorganicznej i organicznej, analitycznej i syntetycznej wchodzące.

DZIAŁ MEDYCZNY: Analizy moczu, soku żołądkowego, kału i t. p. — Badanie krwi. — Badanie środków lekarskich. — Wykonuje się preparaty farmaceutyczne, kosmetyczne i t. p. — Syntezy naukowe. 241

Laboratoryum dostarcza:

Wodę destylowaną, płyny mianowane, preparaty naukowe.

DZIAŁY LABORATORYUM: medyczny, technologiczny, naukowy i handlowy.

Wyłączne zastępstwo fabryki mikroskopów, polaryzatorów i t. d. Reicherta w Wiedniu.

Dr N. Knobel

ordynuje zimą

W MERANIE

Habsburgerstr. 25. 309

Wcieranie 3—5 minut. Najczystsze, najwygodniejsze leczenie wcieraniem.

Nie wala bielizny.

Bez tłuszczu i zapachu.

$33^1/_3$% rtęci. 82

MERCURO CRÊME

sec. Dr. A. Rosenberg.

sporządzony w

Stern-Apotheke

Budapest VIII. Rákoczi-út 43.

1 graduowana tuba á 30 gr. / 1 pudełeczko á 10 dawek á 3 gr } 2 Korony.

Sprowadzać można przez apteki.

Towarzystwo Wzajemnej Pomocy

lekarzy galicyjskich

urządziło na stałe swój lokal 281

Adres: LWÓW, ul. Szeptyckich l. 19, II. p.

Wpisy członków codziennie w godzinach urzędowych od 9—1 rano i od 6—8 wieczorem.

Wszelkich informacyi ustnych i pisemnych oraz obliczeń etc. udzielają tymczasowo przyjęci urzędnicy Towarzystwa w godzinach urzędowych.

II. Walne Zebranie członków Towarzystwa (konstytuanta) odbędzie się w dniu 25 stycznia 1908 (sobota) w lokalu Towarzystwa.